様式第28号（第22条、第23条、第24条関係）　　※太枠の箇所をご記入ください。

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日　　年　　月　　日
決定日　　年　　月　　日

保険者番号	3 9 2 9 2 0 1 6	個人番号		
被保険者番号		療養を受けた人	被保険者氏名	
公費負担者番号			生年月日	大正・昭和　年　月　日
公費受給者番号			資格取得年月日	年　月　日
			入外	入院・外来　割合　7・8・9　割
診療年月	年　月	療養期間	年　月　日　から	
診療日数	日		年　月　日　まで	

種　類	治療用装具・一般診療・海外療養費・負担割合差額・その他(　　)
傷病名	別紙意見書の通り
診療を受けた医療機関等の所在地	別紙意見書の通り
診療を受けた医療機関名	別紙意見書の通り
支給申請をした理由	装具装着のため
発病又は負傷の理由	1. 第三者行為(交通事故等)　2. その他（自損事故・疾病等）

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額		療養に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			

※口座名義人が被保険者本人、相続人代表者でない場合は、裏面の委任状も記入してください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 (　　)	本店・支店 (　　) ゆうちょ銀行の場合は3桁の漢数字を記載してください	預金種別	普通 当座 (　　)
口座番号(7桁)				
口座名義人（カタカナ）				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年　　月　　日

奈良県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住所
氏名　　続柄
連絡先