

後 期 高 齢 者 医 療

療養費支給申請書 (特定疾病) 兼高額療養費支給申請書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号		
被保険者番号		療 受 養 け を た	被保険者氏名	
公費負担者番号			生年月日	年 月 日
公費受給者番号			外来	割合 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	長期特定疾病に係る調剤一部負担金差額
傷 病 名	腎不全 (特定疾病療養受療証発効年月日: 年 月 日)
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	透析を行った医療機関及び調剤薬局
支給申請をした理由	透析を行った医療機関からの処方せんにより、調剤薬局において一部負担金があったため
発病又は負傷の理由	

- 通常の高額療養費に係る登録済口座がある場合、同一口座を記入してください (登録済口座については市町村窓口でご確認いただけます)。
- 該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 <small>右記載して下さい</small>				
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。

上記のとおり申請します。

年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____