様式第２４号（第１７条関係）

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 1 7 2 0 2 8	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			入外　割合　割
診療年月	年　月		年　月　日から
診療日数	日		月　日まで

被保険者の氏名と生年月日を

種　類	一部負
傷病名	
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	
支給申請をした理由	R6.1.1能登半島地震による被災のため
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	
審査認定額	
一部負担金	
支給金額	

振込先口座をご記入ください。
（原則、被保険者本人名義）

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 左詰記載してください				
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

（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長

申請者　住　所

氏　名

連絡先

申請者の住所・氏名・電話番号を

※市町

□ □ □ 登 □ システム(□ その他（　　）	書類 ） □ 年金手帳 □ その他（　　）	番号確認 □ 個人番号カード □ 通知カード □ システム □ その他 （　　）	備考