



様式第19号 (第14条関係)

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 等 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 4 0 2 0 3 7	療養を受けた	個人番号	
被保険者番号			被保険者氏名	
公費負担者番号			生年月日	年 月 日
公費負担者番号			入外	07:入院9割 08:外来9割 09:入院7割 00:外来7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	01. 一般診療 02. 海外診療 03. 補装具 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゅう 06. その他					
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		医療機関コード				
支給申請をした理由						
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 ※ 1		食事療養に要した費用額	
一部負担金		食事療養標準負担額	
支給金額			

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店(所) 支店(所)	預金種別	普通当座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

上記のとおり、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

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

連絡先 _____

医療証	受付	端末入力	チェック
有・無			