

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）

被 保 険 者 情 報	被保険者番号																					
	氏名						生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日											
振 込 先	金融機関 名称	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 左詰記載して下さい			※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入															
	口座名義（カタカナ）	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。																						
<p>上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の傷病手当金の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">岡山県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者（被保険者） 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※申請者と口座名義人が同じ場合、押印は省略できます。</p> <p>電話番号 _____</p>																						

【委任状】※申請者と口座名義人が異なる場合にご記入ください。

申請者 (被保険者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日											
	住所	_____										
	氏名	_____					印					
代理人 (口座名義人)	住所	_____										
	氏名	_____					印	被保険者との続柄				

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																															
	傷病名																初診日	令和 年 月 日														
	発病年月日	令和 年 月 日															発病の原因															
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から																療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他													
		令和 年 月 日まで																	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医												
	うち入院期間	令和 年 月 日から																														
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31												
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日															
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																																
															手術年月日	令和 年 月 日																
															退院年月日	令和 年 月 日																
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																
上記のとおり相違ありません。															令和 年 月 日																	
医療機関所在地																																

医療機関名称																																

医師の氏名															電話番号																	
_____															_____																	