

26号様式（第17条及び第20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		個人番号												
被保険者番号		受 療 養 を 受 け 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		療養期間		年	月	日	から							
診療日数				年	月	日	まで							

種 類	
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	
支給申請した理由	
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等） <input type="checkbox"/> 第三者行為（交通事故等）以外

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			

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（）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 貯 蓄				
口座番号											
口座名義人 (カタカナ)											

ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名（漢数字）・預金種目・口座番号を記入してください。

上記のとおり療養に要した費用に関する関係書類を添えて申請します。

年 月 日

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先 _____