【記入例】

12桁のマイナンバー。
通知カード等がお手元にあれば、ご記入ください。

別記第26号様式(第21条、第22条、第24条関係)

後期高齢者医療
療養費

★**入　外**：入院中の診療か、外来での診療かご記入ください。
★**割　合**：１０割－（被保険者証の一部負担割合）

受付日　　年　　月　　日
決定日　　年　　月　　日

保険者番号	3	9	1	3	2	2	4	6	個人番号		
被保険者番号									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	**入**または**外**
										割　合	**7**または**9**割
診療年月	記　入　不　要										
診療日数											

【発病又は負傷の理由】以外、記入不要

種　類	
傷病名	別添証明書のとおり
診療を受け…機関等の所	
診療を受け…機関名又は…	
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） 相手方

発病又は負傷の理由をご選択ください。
「１」をご選択の場合は、相手方の氏名と住所をご記入ください。

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額	記　入　不　要		
一部負…			
支給金額			

該当するものに○を付けてください。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。

ご記入ください。

振込先	○○○	銀行 信用金庫 信用組合	○○	本店・支店 (　　)	預金種 普通 / 当座
口座番号等 左詰めで記載してください。	1 2 3 4 5 6				
口座名義人 (カタカナ)	タ マ　シ ゙				

★口座番号が７桁未満の場合は頭を０（ゼロ）で埋めて７桁にしてください。
★「**ゆうちょ銀行**」をご指定の場合、**振込専用店名**（○○八、○一八等３桁の数字）、**口座番号**をご記入ください。
通常は、通帳１ページ目の下部に記載があります。
★被保険者以外の方の口座に振り込む場合は、
別紙「後期高齢者医療給付費受領委任状」を添付してください。
（相続人代表者様の口座をご指定の場合は、不要です。）

口座名義人は、カタカナで上段から左詰めで記入し

上記のとおりに療養に要した費用に関する証

年　　月　　日

★連絡先は、昼間連絡のつくお電話番号をご記入ください。
★認印（スタンプ式不可）で押印をお願いします。

住　所
氏　名　　印
連絡先

（用紙規格　A4）