

後期高齢者医療
療養費支給申請書

12桁のマイナンバー
分かれれば、ご記入ください

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		療養を受けた	被保険者氏名			
公費			生年月日	年	月	日
公費			入 外	割 合	割	

入院の場合→「入」
外来の場合→「外」と記入

記入不要					
------	--	--	--	--	--

★割 合：保険証の一部負担割合が
1割負担の方→「9」と記入
2割負担の方→「8」と記入
3割負担の方→「7」と記入

種 類	記入不要
傷 病 名	別添証明書のとおり
診療を受けた医療機関等の所在地	別添証明書のとおり
診療を受けた医療機関名又は施術師	別添証明書のとおり
支給申請をした理由	治療上必要な装具を作成したため
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 相手方 2：その他（自損事故・疾病等）

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

記入不要					
------	--	--	--	--	--

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。

振 込 先	銀行	本店・支店	預 金 種 類	普通 当座
	信用金庫 信用組合 協同組合	()		
口座番号等 左詰めで記載してください。		★ゆうちょ銀行をご指定の場合 振込支店は、3桁の数字となります（通帳1ページ目の下部に記載があります） ★被保険者（逝去されている場合は相続人代表者）以外の方の口座に振込を希望する場合 別紙「後期高齢者医療給付費受領委任状」が必要となります ※委任状には、押印が必要です		
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人は、カタカナで上段から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1字空けてください。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

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
連絡先 _____

押印は、不要となりました