

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	3 9 1 3 1 0 9 9	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	明・大・昭	年	月 日
公費受給者番号			入 外	入院 ・ 外来	割 合	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	補 装 具
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	

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審査認定額 ※ 1		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 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )	預 金 種 別 ( )	普 通 当 座 ( )
口座番号等 左詰めで記載してください。				
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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

# 記入例

第24条関係)

後期高齢者医療

療養費支給申請書

マイナンバー(個人番号)を記入 併せて本人確認書類(被保険者証、運転免許証、パスポート等)の写しとマイナンバー(個人番号)の通知カードまたは個人番号カードの写しを添付してください。

被保険者証の番号を記入

保険者番号	3 9 1 3 1 0 9 9	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名	品川 太郎
公費負担者番号		生年月日	明・大・昭 3 年 2 月 18 日
公費受給者番号		入 外	入院 ・ 外来 割合 割
診療年月	年 月	医師の意見書の証明日に、入院中であったか外来か ※退院日の場合は「入院」に○	
診療日数	日		

種 類	補 装 具
傷 病 名	医師の意見書(証明書等)に記入されている病名を記入
診療を受けた医療機関等の所在地	病院の住所を記入
診療を受けた医療機関名又は施術師	病院名を記入
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	記 入 不 要

療養に要した費用額	
審査認定額 ※	1
一部負担金	
支給金額	

申請者名義の口座を記入  
※本人名義でない場合は委任状が必要です

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 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	000	本店・支店 ( )	預金種別	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 7
口座名義人 (カタカナ)	シ ナ カ ナ タ ロ ウ

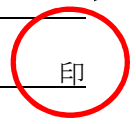
口座名義人は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

00 年 00 月 00 日  
東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住 所 品川区広町2-1-36  
氏 名 品川 太郎  
連絡先 03-0000-0000

申請者は被保険者本人です  
(相続人申請時をのぞく)

朱肉を使う印鑑を  
押してください



日中、連絡が取れる電話番号