

記入例

第22条、第24条関係)

後期高齢者医療 療養費支給申請書

決定日	年	月	日			
保険者番号	3 9 1 3 1 0 9 9	個人番号(マイナンバー)	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		療養を た	生年月日	昭和 12 年 3 月 4 日		
公費受給者番号			入外区分	入院 外来 約付割合	7 8 9 割	
診療年月	年	月		年	月	日
診療日数	日					
種類	類	補装具	個人番号(マイナンバー) 氏名 生年月日 を記入 証明書の装具が必要であると認めた日に入院か外来か○ 給付割合は、1割の方は9、2割の方は8、3割の方は7に○			
傷病名						
診療を受けた医師名						
診療を受けた医師名						
支給申請をした理由	治療のため作成したため					
発病又は負傷の理由 (1か2に○)	1: 第三者行為(交通事故等) → 相手の氏名および住所 2: その他(自損事故・疾病等)					

- マイナポータルに登録した公金受取口座を利用される場合は、を入れて、振込先口座は記入しないでください。(被保険者本人のみ利用可)
- それ以外の方は、被保険者本人名義の口座情報〔金融機関名 支店名 預金種別 口座番号 口座名義人(カタカナ)〕を記入
※被保険者本人名義でない場合は委任状が必要 ※相続人申請時は相続人口座情報を記入

該当するものに○を		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。					
公金受取口座		<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します (被保険者本人のみ利用可) ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。					
振込先	品川			銀行	広町	本店・支店	預金種別
				信用金庫	()		普通
				信用組合			当座
				協同組合			()
口座番号 (左詰め)	1 2 3 4 5 6 7						
口座名義人 (カタカナ)	シ ナ カ ワ タ ロ ウ						

口座名義人欄は、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。
上記のとおりに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

被保険者本人の住所 氏名を記入

品川区広町 2-1-36

電話番号は日中連絡が取れる電話番号を記入

品川 太郎

※被保険者本人でない場合は委任状が必要

03-1234-5678

※相続人申請時は相続人の住所 氏名 電話番号を記入