

記入例

後、第24条関係)

後期高齢者医療

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。

受付日 年

被保険者証の番号を記入

個人番号	あ	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										
氏名・生年月日を記入									品 川 花子										
公費負担者番号									月日	年 月 日									
公費受給者番号									入 外	入院 ・ 外来		割 合		7割・8割・9割					
診療年月	年 月								医師の意見書の証明日に、入院中であつたか外来か										
診療日数	日								※退院日の場合は「入院」に○										

種 類	・補装具	・一般診療(医科・歯科・調剤)	・移送費	・その他
傷 病 名	こちらは記入の必要はありません			
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	申請理由について1か2に○をつけてください 装具の作成以外の理由の方は具合的な理由もご記入ください			
支給申請をした理由(1か2に○)	1: 治療上必要な装具を作成したため 2: 上記以外の理由を具体的に記入			
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)			

療養に要した費用額										食療養食事	1か2に○を付けてください 1(第三者行為)に○を付けた場合は、 相手方氏名・住所を記入してください
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--

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

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

申請者は被保険者本人です
(相続人申請時をのぞく)

氏 名

連絡先

日中、連絡が取れる電話番号