

後期高齢者医療
療養費支給申請書

見本

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 1 3 2 1 9 6	個人番号（マイナンバー）	
被保険者番号		被保険者氏名	
公費負担者番号		療養を受けた 生年月日	年 月 日
公費受給者番号		給付割合	割
診療年月		療養期間	年 月 日 から
診療日数	日		年 月 日 まで

被保険者様の情報をご記入ください。

種類	
傷病	
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	
発病又は負傷の理由	

領収書・意見書等から転記してください。

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額		額	
一部負担金		額	
支給金額			

この欄は記入不要です。

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。

公金受取口座	<input 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	銀行 信用金庫 信用組合	本店・支店 ()	預金	普通 当座
口座 (左)	被保険者様（ご本人様）の振込先口座をご記入ください。 被保険者様以外が受け取る場合は、委任状が必要です。 ※公金受取口座の利用をご希望の場合は、公金受取口座欄をご確認ください。			
口座 (カタカナ)				

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

申請者欄は被保険者様の住所・氏名と、
電話番号（日中に連絡ができる番号）を記入してください。

連絡先