別記第26号様式（第21条、第21条の2、第22条、第24条関係）

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	

①被保険者様の情報をご記入ください。

※不明な点は空欄で構いません（被保険者氏名・生年月日を除く）。

種　　類	一般診療

②支給申請をした理由をご記入ください（例：保険証を忘れたため）。

③発病又は負傷の理由について、該当の番号に○をご記入ください。

支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	1．第三者行為（交通事故等）　2．その他（自損事故・疾病等）

療養に要した費用額		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	□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☑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	本店・支店 （　　）	預金	普通 座 ）
口座（左				
口座（カタ				

③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。

令和　　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

④申請者欄に、被保険者様の住所・氏名と、日中に連絡ができる電話番号（ご家族の番号でも構いません）をご記入ください。