

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	2	2	7	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	療養を受けた	被保険者氏名	広域 太郎										
公費負担者									生年月日	昭和〇〇年			××月		△△日						
資格確認書の番号を記入 (わからない場合は空欄でも可)									入外区分	入院		外来		給付割合		9 . 8 . 7 割					
									療養期間	月 日 から											
診療日数	1		日																		

- 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られた日に入院か外来かに○
- 負担割合が1割の方は9、2割の方は8、3割の方は7に○

種 類	補装具
傷 病 名	別紙のとおり
診療を受けた医療機関等の所在地	別紙のとおり
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支 給 金	

- 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

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	広 域		銀 行		広 域		本店		支店		預 金 種 別		普通 当座		
口座番号（左詰め）	1	2	3	4	5	6	7								
口座名義人（カタカナ）	コ ウ イ キ 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

被保険者本人の住所、氏名、電話番号を記入  
※被保険者本人名義でない場合は委任状が必要

住 所 羽村市 〇〇〇 1-2-3

氏 名 広域 太郎

連絡先 042-XXXX-XXXX