

後期高齢者医療
療養費支給申請書

被保険者本人の氏名・生年月日を記載してください。
(また、入院外来の別、保険者の負担割合も分かる範囲でご記入ください。)

資格確認書または資格情報のお知らせに記載されている8桁の番号を転記してください。(わからない場合は空欄でも可。)

被保険者番号
公費負担者番号
公費受給者番号
診療年月
診療日数

療養を受けた
被保険者氏名
生年月日
入外
療養期間

墨田 花子
明治・大正昭和 20年 4月 1日
入院 外来 割合 9・8・7割
年 月 日 から
年 月 日 まで

種類	
傷病名	
診療を受けた医療機関等の所在地	記載不要です。
診療を受けた医療機関名又は施術師	どちらかに○をつけてください。 (交通事故等によるものであれば、余白に相手方の氏名・住所を御記入ください。)
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) 相手方 例) 広域 太郎 千代田区飯田橋3-5-1

療養に要した費用額
審査認定額 1
一部負担金
支給金額

該当するものに○をつけてください。該当しないものは空欄で可。

マイナポータルに登録した公金受取口座を使用する場合のみ
公金受取口座欄のチェック欄に☑を入れ、振込先口座の記載はしないでください。
(記入があった場合は、公金受取口座が優先されます。)

マイナポータルに口座を登録していない場合はご利用できません。
被保険者本人のみがご利用できます。同世帯員や相続人の方はご利用できません。
☑を付けた場合は申請書上部にある個人番号欄にマイナンバーを記入してください。

公金受取口座

振込先
ゆうちょ
信用金庫
信用組合
協同組合
〇一八
本店(支店)
預金種別
普通
当座

口座番号
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

上記のとおり療養に要した費用は、
××年 ××月
東京都後期高齢者医療広域連合から支払われます。

被保険者本人の住所・氏名と
連絡できる電話番号を記載してください。
(代筆でも可。)

申請者
住所
氏名
連絡先

墨田区××× 丁目○-○
墨田 花子
XXX(XXXX)XXXX

療養費の支給には3～4か月かかります。