

太枠内を御記入ください。

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申保険証に記載されている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。)被保険者本人の氏名・生年月日を
記載してください。
(また、①入院外来の別、②保険者の負担
割合も分かる範囲でご記入ください。)

被 保 険 者 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8	療 養 受 け 取 手	被 保 険 者 氏 名	墨 田 花 子
公 費 負 担 者 番 号			生 年 月 日	明 治 ・ 大 正 (昭 和) 20 年 4 月 1 日
公 費 受 給 者 番 号			入 外	入 院 (外 来) 割 合 (9 ・ 8 ・ 7 割)
診 療 年 月	令 和 年 月	療 養 期 間	令 和 年 月 日 から	
診 療 日 数	日		令 和 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	
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○を付けてください。

〔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

☐マイナ
※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	ゆうちょ	銀行	信用金庫	〇ーハ	本店 (支店)	預金種別	普通 (当座)
口座番号	×	×	×	×	×	×	
口座名義人 (カタカナ)	ス	ミ	タ	ハ	ナ	コ	

口座名義人はカタカナで上段か

上記のとおり療養に要し

令和 ××年 ××月

東京都後期高齢者医療広域

振込先口座情報(原則、被保険者本人名義)を記載してください。

※公金受取口座を利用する場合は記入しないでください。

※〔ゆうちょ銀行の場合〕通帳の表紙をめくった見開きページの下部に記載のある、「振込用の店番(例:〇〇八、〇ー八等)」と「口座番号(7桁)」を記載してください。
※被保険者本人以外の口座へ振込を希望する場合は、別途委任状の添付が必要です。
担当までお問合せください。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 墨田区××× △丁目〇ー〇

氏 名 墨 田 花 子

連 絡 先 XXX(XXXX)XXXX

※療養費の支給には3～4か月かかります。