

太枠内を御記入ください。

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、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。)

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。)

個人番号

被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
公費負担者番号								
公費受給者番号								
診療年月	令和		年		月			
診療日数		日						

被保険者氏名	墨田 花子	
生年月日	明治・大正(昭和) 20年 4月 1日	
入外	入院(外来)	割合(9・8・7割)
療養期間	令和 年 月 日から 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。該当

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

銀行

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

令和 ××年 ××月

東京都後期高齢者医療広域連合

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、〇一八等)」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。

申請者

住所

墨田区××× △丁目〇-〇

氏名

墨田 花子

連絡先

XXX(XXXX)XXXX

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。)

※療養費の支給には3~4か月かかります。

3.5 身元確認 1点確認書類(個人番号カード 免許証 旅券 身体障がい者手帳 在留カード その他())
2点確認書類(資格確認書 介護保険証 勸奨送付の申請書 その他())
番号確認 (個人番号カード 通知カード 番号付き住民票の写し e-SUITE)
(緑・横川・文花・東向島・墨田2丁目) 担当者()