

太枠内を御記入ください。

後期高齢者医療費給付申請書

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。)

被保険者本人の氏名・生年月日を記載してください。

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	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											

減額認定証の内容を記載して下さい。

交付区分	適用年月日	年月日
交付年月日	年月日	長期該当年月日

診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等	
入院日数	年 月 日 まで 日間 回

記載不要です

入院に際して受けた食事療養に対して

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・住所を記載してください。)

減額認定を受けていることの確認

発病又は負傷の理由

1. 第三者行為(交通事故等)相手方

2. その他(自損事故・疾病等)

〔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載してください。

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	信用組合	協同組合	〇一八	本店	支店	預金種別	普通
	ゆうちょ								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)	ス	ミ	タ		ハ	ナ	コ	

口座名義人はカタカナで上段より

上記のとおりに関係書類を

××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。

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○-○

氏名 墨田 花子

連絡先 XXX(XXXX)XXXX