

## 後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 年 月 日  
 決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 1 3 1 0 7 3	個人番号				
被保険者番号		療 養 受 け た	被保険者氏名			
公費負担者番号			生年月日 明治・大正・昭和 年 月 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	
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)

療養に要した費用額	食 事 回 数
審査認定額 ※1	療養に要した費用額
一部負担金	食事標準負担額
支給金額	

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。

振込先	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 協 同 組 合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別	普通当座 ( )
	口座番号 <small>左詰めで記載してください</small>			
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人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。

令和 年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_

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(保険証 介護保険証 通帳 公共料金の領収書 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( )