

後期高齢者医療

赤い字の所のご記入をお願いします。

療養費支給申請書

入院か外来かは必ず入れてください。

受付日 令和 年 月 日
 決定日 年 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	X X X X X X X X	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 ○○年 ××月 △△日
公費受給者番号		入外	入院(外) 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	いずれかに○してください
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		食事回数	
審査認定額 ※1		療養に要した費用額	
一部負担金		合算標準負担額	
支給金額			

ゆうちょ銀行の場合、支店名は通帳を開いて1ページ目の一番下にあります。

振込先	銀行	信用金庫	本店(支店)	預金種別
□□□	信用組合	□□□	()	(普通当座)
	協同組合			

口座番号 左詰めで記載してください	X X X X X X X X
口座名義人 (カタカナ)	スミタ ハナコ

ご本人以外の口座に振り込みをご希望の場合は委任状が必要になります。

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 墨田区××× △丁目○-○

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。