

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	1	3	2	1	9	6	個人番号												
被保険者番号									療養を受けた	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				割合		割合					
診療年月	年			月			療養期間	年			月			日			から				
診療日数			日	年				月			日			まで							

種類	補装具
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	補装具を購入したため
発病又は負傷の理由	

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	本店・支店	預金種別	普通当座
	信用金庫	( )		
口座番号等 左詰めで記載してください。	信用組合			( )
	協同組合			
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。

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

(用紙規格 A4)

受付印	身元確認	番号確認
-----	------	------