

見本

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		療養受け	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		被保険者の情報をご記入ください。	
診療年月	年 月		
診療日数	日	年 月 日	から まで

種類	
傷病名	領収書・意見書等から転記してください。
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	※第三者からの行為による場合は必ずこの欄も記入してください

療養に要した費用額	
審査認定額 ※ 1	この欄は記入しないでください。
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	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
口座番号等 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 年 月 日 東京都後期高齢者医療広域連合長	申請者 住所 氏名 連絡先
申請者欄は被保険者の方の住所・氏名・電話番号（日中に連絡ができる番号）を記入してください。	