

別記第1条、第22条、第24条関係)

記入例

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日 年 月 日 太字部分は必ず記入してください。

決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	1	3	1	2	0	6	個人番号										
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	療養を受けた方	被保険者氏名	広域 太郎								
被保険者番号・氏名・生年月日・負担割合をご記入ください。 * 1割負担の方は「9」、2割負担の方は「8」、3割負担の方は「7」に丸をしてください。									生年月日	昭和○年×月 日									
									入外区分	入院	<input checked="" type="checkbox"/> 外来	給付割合	7・8・ <input checked="" type="checkbox"/> 9割						
									療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
診療日数									日										

入院・外来の別をご記入ください。

種類	医科 歯科 調剤 補装具 柔道整復 はりきゅう あんま・マッサージ 移送費 その他
傷病名	別添証明書のとおり
診療を受けた医療機関等の所在地	別添証明書のとおり
診療を受けた医療機関名又は施術師	別添証明書のとおり
支給申請をした理由	補装具製作所に保険契約がないため 上記以外の理由を具体的に記入
発病又は負傷の理由	1 第三者行為 (相手の氏名および住所) 2 その他 (自損事故・疾病等)

該当する種類を丸で囲んでください。

「装具」の場合は上段にチェックしてください。その他の場合には下段にチェックして、申請の理由をご記入ください。

「発病又は負傷の理由」の欄は、該当の番号に○をしてください。「第三者行為」の場合は相手の氏名および住所もご記入ください。

療養に要した費用額	¥ 7 5 0 0 0	食
審査認定額		療養に要した費用額
一部負担金		
支給金額		

「療養に要した費用額」の欄に、領収書の金額をご記入ください。それ以外の色がついている欄は記入しないでください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	普通 当座
口座番号等 左詰記載して下さい	0 9 8 7 6 5 4	連合	
口座名義人 (カタカナ)	コ ウ イ キ タ ロ ウ		

公金受取口座振込希望の方は別紙をご覧ください。
ご本人名義の通帳をご覧になり、金融機関、支店、口座番号、口座名義をご記入ください。
口座名義人はカタカナで上段から左づめで記入してください。濁点半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。
ご本人名義以外の口座を指定する場合は裏面の委任状にも記入押印してください。

該当するものに をつけてください。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。

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 申請書の記入日をご記入ください。

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

申請者 住所 練馬区練馬○-○-○

氏名 広域 太郎

連絡先 03-3993-1111

被保険者ご本人の住所・氏名をご記入ください。

ご本人以外の方が申請または受領する場合のみ
記入押印してください。

委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

こちら欄には、申請または受領される方のご住所およびお名前をお書きください。

私は次の者
住所 _____

氏名 _____ 委任者との関係 _____

を代理人（受任者）と定め、療養費・移送費に関する下記の権限を委任します。

記

（ ~ のいずれか一つを丸で囲んでください。）

- 1 申請に関すること。
- 2 受領に関すること。
- 3 申請及び受領に関すること。

年 月 日

委任者欄には、被保険者ご本人のご住所
およびお名前をお書きのうえ、押印して
ください。

委任者
住所 _____

氏名 _____

連絡先電話番号 _____

以上