

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 1 2 0 6	個人番号 (マイナンバー)						
被保険者番号		療養を受けた方	被保険者氏名					
公費負担者番号			生年月日	年	月	日		
公費受給者番号			入外区分	入院・外来	給付割合	7・8・9割		
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	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	<input type="checkbox"/> 補装具製作所に保険契約がないため <input type="checkbox"/> 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)

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		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。

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します (被保険者本人のみ利用可) ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。
--------	--

振 込 先	銀 行	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
	信用金庫 信用組合 協同組合			

口座番号 (左詰め)	
口座名義人 (カタカナ)	

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めでご記入してください。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 _____

職員記入欄 本人確認【 済 ・ 未 】 代理人確認【 済 ・ 未 】

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

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

(①～③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

住所 _____

氏名 _____ ④

連絡先電話番号 _____

以上