

保険者番号	3	9	1	3	2	0	2	2	個人番号（マイナンバー）																/
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		T・S	年	月	日										
公費受給者番号										入外区分		入院・外来			給付割合			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	
傷 病 名	別紙の通り
診療を受けた医療機関等の所在地	別紙の通り
診療を受けた医療機関名又は施術師	別紙の通り
支 給 申 請 を し た 理 由	
発 病 又 は 負 傷 の 理 由	

[illegible]

公金受取口座		□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 信用金庫 信用組合 協同組合				本店・支店 ()				預金種別		普通 当座 ()	
口座番号 (左詰め)																	
口座名義人 (カタカナ)																	

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

連絡先