

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 決定日	年	月	日															
保険者番号	3	9	1	3	2	0	2	2										
個人番号（マイナンバー）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2						
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8										
被保険者氏名	立川 太郎																	
公費負担者番号									療養を 受けた	生年月日	T	S	10	年	10	月	10	日
公費受給者番号									入外区分	入院	外来	給付割合	8 割					
診療年月																		
診療日数																		
種																		
傷 病																		
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診療科目																		
支給申請をした日																		
発病又は負傷の理由																		

入院して作製したものか
外来受診で作製したものか
○をつけてください。

割合を記入してください。
1 割負担の方 → 9 割
2 割負担の方 → 8 割
3 割負担の方 → 7 割

記入不要

療養に要した費用額				5	5	0	0	0
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	☐ 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	ゆうちょ 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ○○八 本店・支店（ ） 預金種 普通 当座																	
口座番号（左詰め）	1	2	3	4	5	6	7											
口座名義人（カタカナ）	タ チ カ ワ タ ロ ウ																	

公金受取口座を利用に☑をするか
振込口座情報を記入してください

口座名義人欄は、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。

令和○○年 ○○月 ○○日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住 所 東京都立川市泉町1156番地の9

氏 名 立川 太郎

連絡先 042-523-2111