記入見本

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	1	0	4	0	個人番号	* * * * * * * * * * * *
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	受けた療養を	被保険者氏名　新宿　太郎
公費負										生年月日　昭和 12年 3月 4日
										入　外　　割　合　　割

後期高齢者医療被保険者証の上部に記載されている８桁の被保険者番号を記入してください。

被保険者の個人番号（マイナンバー）および氏名、生年月日を記入してください。
※個人番号（マイナンバー）が分からない場合、空欄でも構いません。

種　類	
傷病名	
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	別
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	１：第三者行為（交通事故等）　相手方　　２：その他（自損事故・疾病等）

発病又は負傷の理由について、１または２どちらかに〇を記入してください。

金融機関名、支店名等の振込先口座情報を記入してください。
※被保険者以外の方の口座へ振り込みを希望される場合は別途委任状が必要です。
※ゆうちょ銀行をご希望の場合は、支店名、口座番号記入欄に振込用の店名（例、〇〇八、〇一八等）と口座番号７桁をご記入ください。番号は通帳見開き１ページ目の下部に印字されています。

振込先	新宿	銀行（〇）　信用金庫　信用組合　協同組合（　）	新宿	本店・支店（〇）（　）	預金種別	普通（〇）　当座（　）
口座番号等（左詰めで記載して下さい）	0 1 2 3 4 5 6					
口座名義人（カタカナ）	シンシ〃ユク　タロウ					

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。

上記のとおりに療養に要した費用に関

〇〇　年　〇　月　〇　日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者　住　所　新宿区 歌舞伎町 1－4－1

氏　名　新宿　太郎

連絡先　03－5273－4562

申請日（記入日）、申請者の住所、氏名、連絡先電話番号を記入してください。