

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（マイナンバー）	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	新宿 太郎														
療養を受けた										生年月日	昭和12年 3月 4日													
療養を受けた										入外区分	外 来 給付割合 割													
診療年月										療養期間														
診療日数										療養期間														

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。

※公金受取口座に入金希望の場合、必ず個人番号（マイナンバー）を記入してください。

別紙のとおり

発病又は負傷の理由について、1または2
どちらかに○を記入してください。

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）

公金受取口座にチェック、または振込先口座情報を記入してください。

※公金受取口座を利用できるのはマイナポータルに公金受取口座を登録している、被保険者のみです。

※相続人など被保険者本人以外の方は公金受取口座は利用できません。

該当するものに○を付してください。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	新宿	銀行	新宿	本店・支店	預金種別	普通
		信用金庫		()		当座
		信用組合				
		協同組合				

口座番号（左詰め）	0	1	2	3	4	5	6	金融機関名、支店名等の振込先口座を記入してください。		
口座名義人（カタカナ）	シ	ン	シ	〃	ユ	ク	タ	ロ	ウ	※被保険者以外の口座への振込希望の場合、別途委任状が必要です。

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

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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請日（記入日）、申請者の住所、氏名、連絡先を記入してください。

※申請者は原則被保険者です。

申請者

住所 新宿区歌舞伎町1-4-1

氏名 新宿 太郎

連絡先 03-5273-456

公金受取口座欄をチェックした場合口座情報は記入不要