

記入見本

- ・太枠内をご記入ください。
- ・グレー部分は記入不要です。
- ・公費番号等は該当者のみご記入ください。

後期高齢者医療
療養費支給申請書

12桁の「個人番号（マイナンバー）」を記入してください。

診断書の日付の時点が入院
か外来かご記入ください。

入院・・・入と記入。
外来・・・外と記入。

決定日 年 月
保険者番号 3 9 1 3 2 1 5 4
被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7
公費負担者番号
保険証の被保険者番号（8ケタ）を記入。

広域 次郎

〇〇年 △月 ×日

診療年月 令和〇 年 〇月

診療日数 0 1 日

療養期間

〇〇年 ××月 △△日

1割の方は9割
2割の方は8割
3割の方は7割とご記入ください。

種類	補装具
傷病名	
診療を受けた医療機関等の所在地	別添証明書の通り
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	治療上必要な装具を作成したため
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 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 ※ 1			
一部負担金			
支給金額			

理由が交通事故以外の場合は、2に〇をつけてください。

該当するものに〇を付けてください。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。

振込先	東京広域	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
		飯田橋				

口座番号が7桁でない場合は
頭に0（ゼロ）をつけ7桁表示にしてください。

口座番号等 左詰めで記載してください。	0 1 2 3 4 5 6
口座名義人 (カタカナ)	コ ウ イ キ シ " ロ ウ

被保険者本人名義の口座をご記入ください。濁点は1字とし、姓・名の間を1マスあけてください。本人以外の口座を指定する場合は委任状が必要になります。

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。上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類

〇〇年 ××月 □□日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住所 東京都国立市富士見台〇-□-□

氏名 広域 次郎

連絡先 042-△△△-〇〇〇〇

申請者は被保険者本人です。

「添付書類」

- ① 医師の指示書（原本）
- ② 領収書・内訳書（原本）
- ③ （靴型のみ）装具の写真