

見本 (書き方)

医師の証明書の日付時点で
入院していたか外来かを○
でかこんでください。

記入もれのないように
お願いします。

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 1 1 2 3	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	広域 太郎
公費負担者番号		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
公費受給者番号		入 外	入院 (外来) 割合
診療年月	〇〇年 〇〇月	療養期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日 から
診療日数	0 1 日		

公費番号等は該当者の
み記入してください。

負担割合が
「1割」の方→「9」
「2割」の方→「8」
「3割」の方→「7」
と記入してください。

「診療年月」…医師の証明書の日付の属する月
「療養期間」…上段に医師の証明書の日付

該当する種類を○でかこんでください。

別添証明書のとおり

該当の番号に○をつけてください。

1:第三者行為を選択された場合、
相手方の氏名・住所をご記入
ください。

申請理由を必ずご記入ください

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)

金額を右詰めで記入してください。

療養に要した費用額	3 5 0 0 0	食事回数	
審査認定額		記入しない	
一部負担金			
支給金額			

「総合口座」の場合、普通・当座・貯蓄の
いずれの口座であるか確認してください。

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

振込先	東京広域	銀行	飯田橋	本店・支店	預金種別	普通当座
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 タロウ					

*口座番号が7桁未満の場合は先頭を
0(ゼロ)でうめて7桁にしてください。

口座名義人はカタカナで上段より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字あけてください。
口座名義人が申請者と異なる場合は委任状を添付してください。

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

申請者

住所 世田谷区世田谷〇-〇-〇

氏名 申請者は被保険者本人氏名(相続申請時を除く)

連絡先 昼間に連絡がつく電話番号