

記入例

12桁のマイナンバーをご記入ください
不明な場合は、空欄可（ただし空欄の場合は
は公金受取口座の利用不可

受付日 決定日	月 日	年 月 日	後期高齢者医療 療養費支給申請書
保険者番号	3 9 1 3 2 2 4 6	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	多 摩 太 郎
公費負担者番号		生年月日	昭和●●年 ●● 月 ●● 日
公費受給者番号		入外区分	入院 ● 外来 ● 給付割合 ● 割
診療年月		療養期間	記入不要
診療日数	記入不要		

ご自身の被保険者証の左上を参照
不明の場合は、空欄可

一部負担割合が
1割の場合→「9」を記入
2割の場合→「8」を記入
3割の場合→「7」を記入

「1」を選択の場合、相手方の氏名、住所を記入

種 類	記入不要
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	
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）
-----------	-----------------------	-----------------

療養に要した費 審査認 一部負 支給金	被保険者本人のみ利用可能。こちらにチェックをつけた場合は、 申請書右上のマイナンバー（12桁）も必ず記入
------------------------------	---

公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	銀行 信用金庫	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 マ タ ロ ウ		

振込先口座は、公金受取口座を利用しない場合にのみ記入（どちら
も記入がある場合は、公金受取口座が優先）
原則、被保険者の本人口座（ただし、ご本人が逝去されている場合
は相続人代表者）を記入。被保険者以外の方の口座に振込を希望
する場合は、指定様式の「委任状」が必要。（委任状には押印必須）

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めにて記入してください。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 多摩市関戸6-12-1
氏 名 多 摩 太 郎
連絡先 042-338-6807（携帯電話も可）

原則、申請者は被保険者本人。（ただし、ご本人が逝去されている
場合は相続人代表者）