

濃いグレーの部分以外を記入してください。申請者氏名は、被保険者の方が自署してください。

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

12桁の個人番号を記入してください

保険者番号	3	9	1	3	2	1	9	6	個人番号								
被保険者番号									療養を受けた	被保険者氏名							
公費負担者番号								生年月日		年	月	日					
公費受給者番号								入 外			割 合		割				
診療年月			年		月				療養期間	年	月	日	から				
診療日数			日							年	月	日	まで				

種 類	
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	領収書・意見書等から転記してください
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	第三者からの行為による場合は必ず記入してください

療養に要した費用額								食 事 回 数			
審査認定額 ※ 1								要した費用額			
一部負担金								準負担額			
支給金額											

領収書・意見書等から転記してください

記入しない

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()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	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 ()
	口座番号等 左詰めで記載してください。			
口座名義人 (カタカナ)				

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。濁点・半濁点も記入してください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住 所
氏 名
連絡先

印

昼間連絡できる番号を記入してください