

記入例

後期高齢者医療
療養費支給申請書

10割支払ったのは、
入院時か外来時か
○で囲んでください

保険者番号	3	9	1	3	1	2	3	0	個人番号（マイナンバー）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	療養を受けた	被保険者氏名	広域 太郎											
公費負担者番号										生年月日	昭和15年 12月 10日											
公費受給者番号										入外区分	入院・外来		給付割合		7、8、9割							
診療年	年		月						療養期間	年		月		日		から						
診療日			日							年												
種	①. 一般診療（内科・歯科・調剤・海外療養） 2. 補装具																					
傷	例）胃腸炎 ○○打撲 ○○骨折 等																					
診療を受けた	東京都江戸川区中央○丁目○番○号																					
診療を受けた	○○○病院																					
支給申請	10割負担したため、保険証を持参しなかったため 等																					
発病又は	①：第三者行為（交通事故） 相手方：後期 次郎 千代田区飯田橋3-5-1 2：その他（自損事故・疾病等）																					

1か2どちらから丸で囲んでください。1に該当する場合には相手方の氏名及び住所を記入してください。

戻る割合なので
1割負担の方→9割
2割負担の方→8割
3割負担の方→7割

診療報酬明細書の内容通り記入してください。

療養に要した費用
審査認定
一部負担
支給金

マイナンバーのマイナポータルに登録した公金受取口座を使用する場合は公金受取口座欄のチェック欄に☑を入れ、振込先口座の記載はしないでください。※マイナポータルに口座を登録していない場合はご利用できません。
※被保険者本人のみがご利用できます。同世帯員や相続人の方の公金受取口座はご利用できません。
※必ず、申請書上部にある個人番号欄にマイナンバーを記入してください。

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	○ ○ ○						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（左詰め）	1	2	3	4	5	6	7															
口座名義人（カタカナ）	コ	ウ	イ	キ	タ	ロ	ウ															

口座名義人欄は、カタカナで記入し、上記のとおり療養に要する費用に該当するものに○を付け

公金受取口座をご利用しない場合は振込先口座情報を必ず記入し、公金受取口座欄のチェック欄にチェックをしないようにしてください。
※公金受取口座欄に☑も入れた場合は公金受取口座を優先いたします。

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住所 江戸川区中央1-4-1

氏名 広域 太郎

連絡先 03-1234-5678

申請者の住所・氏名・連絡先をご記入ください。