

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

消えないインクのペン(黒ボールペン等)で記入してください。

後期高齢者医療
療養費支給申請書

月 日
月 日

個人番号(マイナンバー)
を記入してください。

保険者番号	3 9 1 3 2 0 3 0	個人番号							
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名	広域 みどり						
公費負担者番号		生年月日	S12 年 12 月 12 日						
公費受給者番号		入院・外来	外来	割合	9 割				
診療年		療養期間	年 月 日 から						
診療日			年 月 日						

診断書の日付の時点が入院中か
外来か記入してください。
※診断日=退院日は「入院」と
記入してください。

医療費の負担割合が
1割の方は9割
2割の方は8割
3割の方は7割
と記入してください。

種類	補装具
傷病名	胸椎圧迫骨折
診療を受けた医療機関等の所在地	千代田区飯田橋○-△-×
診療を受けた医療機関名又は施術師	○×病院
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	不詳

診断書(意見書・証明書等)
の内容を記入してください。

わからない場合は「不詳」と
記入してください。

療養に要した費用額		食	
審査認定額		療	
一部負担金		食	
支給金額			

ゆうちょ銀行の場合、
支店名は漢数字3桁です。

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	武蔵野○△	銀行	武蔵野	本店	支店	預金種	普通
		信用金庫		()	()	種	当座
		信用組合					
		協同組合					
		()					
口座番号	0 0 3 3 3 3 3	口座番号を7桁でご記入ください。 7桁でない場合は頭に0(ゼロ)を付けて 7桁表記にしてください。					
口座名義人(カタカナ)	コウイキミトリ	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。 を添えて申請してください。					

・被保険者本人名義の口座を記入
本人以外の場合は委任状が必要
・姓・名の間を1マスあけ、濁点は1マスで。

被保険者氏名、保険証の住所を記入。

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

領収書について。
返却希望の場合は有に○
返却不要の場合は無に○

申請者 住所 武蔵野市緑町○-○-xx

氏名 広域 みどり

連絡先 0422-98-7654

受付	処理	No.	領返	有無