

記入例

後期高齢者医療  
療養費支給申請書

受付日 令和 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号	39131172	個人番号			
被保険者番号		療受	被保険者氏名	北区 太郎	
公費負担者番号		養	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
公費受給者番号		を	入外	外来	割合
診療年月	令和 年 月	療養期間	診断を受けたときの状況		
診療日数	日		「外来」または「入院」と記入		

種類	
傷病名	ここは職員が記入します
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)    2: その他 (自損事故・疾病等)

療養に要した費用額		食事回数	
療養に要した費用額		療養に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			

該当するものに○をつけてください。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	〇〇	銀行	本店	支店	預金種別	普通当座
		信用金庫	△△	( )		( )
		信用組合				
		協同組合				
		( )				

※ゆうちょ銀行も振込可能です

口座番号等 左詰記載して下さい	1	2	3	4	5	6	7		
口座名義人 (カタカナ)	キ	タ	ク		タ	ロ	ウ		

原則、本人名義の口座でご申請ください

口座名義人はカタカナで上段より左詰め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字あけてください。

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様

申請者

住所 北区王子 1-15-22

氏名 北区 太郎

連絡先 03-3908-1111

本人氏名でご申請ください

※代筆可 (代筆の場合、委任状は不要です)  
※被保険者本人以外の口座に振り込む場合は委任状が必要です。