

記入例

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

保険者番号	3 9 1 3 2 2 3 8	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	被保険者氏名	伊奈平 太郎
公費負担者番号		生年月日	昭和 20 年 1 月 1 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	年 月 日 から
診療日数			日 まで

個人番号、被保険者番号、氏名、生年月日、入院又は外来を記載してください。

種 類	補装具
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	治療に必要な装具を作成したため
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 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。

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	村山	銀行	本町	本店・支店	預金種別	普通当座
		信用金庫		()		()
		信用組合				
		協同組合				

口座番号 (左詰め)	0 1 2 3 4 5 6
口座名義人 (カタカナ)	イ ナ タ " イ ラ タ ロ ウ

被保険者本人名義以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要になります。

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1
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 6 年 4 月 1 日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

被保険者以外のかたが申請する場合は、委任状が必要になります。その場合、申請者（代理人）の身分証明書も必要になりますので、写しを添付してください。

住 所 武蔵村山市本町1-1-1
氏 名 伊奈平 太郎
連絡先 042-565-1111