

記入見本 ※太枠内のみ記入

別記第26号様式(第21条、第22条、第24条関係)

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日
決定日 ← 日付は記入しないでください 日

保険者番号	3 9 1 3 2 1 2 1	個人番号			
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	日野 太郎	
公費負担者番号			生年月日	昭和15年 4 月 1 日	
公費受給者番号			入 外	外	割合 ※記入不要
診療年月	診療年月、療養期間、診療日数の欄には記入しないでください		年	月	日 から
診療日数			年		日 まで

補装具を作成した時(診断日)に、入院されていた場合は「入」、外来の場合は「外」と記入してください。

種 類	補装具
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>どちらか一方の該当するものを○で囲んでください。</p> <p>1 第三者行為(交通事故等)の場合は、お問い合わせください。</p> </div>
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした	
発病又は負傷の理由	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1 : 第三者行為 (交通事故等) 相手方 2 : その他 (自損事故・疾病等) </div>

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。

振込先	日 野	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 協同組合 ()	神 明	本店 () <input checked="" type="radio"/> 支店 ()	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座 ()
口座番号等 左詰めで記載してください。	0 1 2 3 4 5 6	この欄には記入しないでください			
口座名義人 (カタカナ)	ヒ ノ シ ム ロ ウ	<p>振込み先口座は原則、被保険者本人名義の口座になります。</p> <p>本人以外の口座に振込みを希望される場合は委任状(別紙)が必要です。お問い合わせください。</p>			

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・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。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宛

申請者

住 所 日野市 神明×丁目○
日野 次郎

氏 名 日野 一郎 次郎

連絡先 042 -XXXX -XXXX

押印は
不要です

被保険者本人について記入してください。

訂正するときは、見本のとおり**2本線で消した横にサイン**
(フルネーム)し、正しい内容を記入してください。

※修正液は使用しないでください。