

記入見本

高齢者医療
費支給申請書

決定日 年 月 日

保険者番号		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	入	割 合			
診療年月									年			日	から	

※太枠内のみ記入

補装具の申請の場合、診断日が入院の場合は「入」、外来の場合は「外」と記入してください。

どちらか一方の該当するものを○で囲んでください。第三者行為(交通事故等)の場合、相手方の氏名・住所もご記入ください。

発病又は負傷の理由	① 第三者行為(交通事故等) 相手方 ΔΔ ○○ (氏名) 日野市神明○-■ (住所)	2: その他(自損事故・疾病等)
-----------	--	------------------

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			

振込先	日野	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	日野	本店・支店 ()	預金種 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
口座名義人 (カタカナ)	ヒ	ノ	ジ	ロ	ウ		

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。
本人以外の口座にお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。
※委任状は押印が必須となります。

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×の○

氏名 日野 太郎

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

※修正液は使わないでください。