

記入見本 ※太枠内のみ記入

後期高齢者医療費

受付日
決定日 ← 日付は記入しないでください

保険者番号	3	9	1	3	2	1	2	1
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
公費負担者番号								
公費受給者番号								
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							
診療日数								
個人番号（マイナンバー）	※個人番号が不明の場合、記入不要							
療養を受けた	被保険者氏名							
	生年月日 年 月 日							
	入外区分 入院・外来 給付割合 割							
療養期間	月 日 から 月 日 まで							

種類	補装具
傷病名	別紙 証明書のとおり
診療を受けた医療機関等の所在地	別紙 証明書のとおり
診療を受けた医療機関名又は施術師	別紙 証明書のとおり
支給申請をした理由	治療に必要な装具を作製するため
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	審査認定額	一部負担金	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	日野	神明	普通				
口座番号（左詰め）	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人（カタカナ）	ヒ	ノ	シ	・	ロ	ウ	

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×の○

氏名 日野 一郎 次郎

連絡先 042 -×××× -××××

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本線で消してください。
※修正液は使用しないでください。