

記入見本 ※太枠内のみ記入

後期高
療養費受付日 ← 日付は記入しないでください
決定日

保険者番号	3 9 1 3 2 1 2 1	個人番号（マイナンバー）	※個人番号が不明の場合、記入不要	
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	
公費負担者番号			生年月日 年 月 日	
公費受給者番号			入外区分	入院・外来
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		療養期間	月 日 から 月 日 まで
診療日数				

補装具を作成した時(診断日)に、入院されていた場合は「入院」、外来の場合は「外来」に〇をつけてください。

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	どちらか一方の該当するものを〇で囲んでください。 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。 治療上必要な装具を作製したため
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	公金受取口座をご利用の場合は、□を入れてください。	
審査認定額	個人番号(マイナンバー)欄に記入の上、マイナンバーカードの両面の写し、もしくは身分証明書をご提示ください。	
一部負担金		
支給金額		

該当するものに〇を付けてください。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	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店・支店 ()	預金種別 普通 当座 ()
この欄には記入しないでください。				

口座番号 (左詰め)	1 2 3 4 5 6 7	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。		
口座名義人 (カタカナ)	ヒ ノ シ マ ロ ウ	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)が必要ですので、お問い合わせください。		

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。

上記のとおりに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○

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。

氏名

日野 一郎一 次郎

連絡先

042 -××× -×××