

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日 決定日	年	月	日	*未記入の場合港区職員が記入します。																
保険者番号	3	9	1	3	1	0	3	2	個人番号（マイナンバー）											
被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	療養を受けた	被保険者氏名	港 花 子									
公費負担者番号										生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日									
公費受給者番号										入外区分	入院・ 外来	給付割合	9・8・7 割							
診療年月	年 月								療養期間	年 月 日 から										
診療日数	日									年 月 日 まで										

種 類	補 装 具									
傷 病 名	胸椎圧迫骨折									
診療を受けた医療機関等の所在地	港区三田1-5-5									
診療を受けた医療機関名又は施術師	港総合病院									
支給申請をした理由	治療上必要な装具を作成したため									
発病又は負傷の理由	1 第三者行為 2 疾病 3 その他（ ）									

療 養 審 一 支	マイナンバーのマイナポータルに登録した公金受取口座を使用する場合は公金受取口座欄のチェック欄に ☒ を入れ、振込先口座の記載はしないでください。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合はご利用できません。 ※被保険者本人のみがご利用できます。同世帯員や相続人の方の公金受取口座はご利用できません。									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

公金受取口座	☒ マイナポータルに登録し、公金受取口座を利用できる。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合は振込先口座情報を必ず記入し、公金受取口座欄のチェック欄にチェックをしないようにしてください。									
--------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

振込先	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 ()									

口座番号 (左詰め)	1	2	3	4	5	6	7										
口座名義人 (カタカナ)	ミ	ナ	ト		ハ	ナ											

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。
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添付してください。
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

東京都後期高齢者医療広域連合宛

本人の住所・氏名を
記入してください。

申請者 住 所 港区芝公園1-5-25

氏 名 港 花 子

昼間連絡できる番
号を記入してくだ
さい。

連絡先 03-3578-2111

※ゆうちょ銀行の場合は、
「振込用の店名（漢数字3桁）」と
「口座番号（7桁）」を記入してくださ
い。振込用の店名等は、通帳の表紙
をめくった下部の銀行使用欄に記
載されています。