記入例

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

未記入の場合は港区職員が記入します

受付日　　年　　月　　日
決定日　　年　　月　　日

保険者番号	3 9 1 3 1 0 3 2	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：港　花子
公費負担者番号			生年月日：昭和 ２０ 年 ４ 月 １ 日
公費受給者番号			入院：　割合：９割
	月	療養	年　月　日　から
診療日数			

被保険者番号は被保険者証の上部にある8桁の番号です

被保険者の氏名、生年月日を記入してください

被保険者証の負担割合が1割の人⇒「9」
2割の人⇒「8」
3割の人⇒「7」

種類	
傷病名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	＜　第三者からの行為による場合は必ず記入してください　＞

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額　※　1		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	○　○	銀行・信用金庫・信用組合・協同組合（　）	○　○　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。	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義人（カタカナ）	ミ ナ ト ハ ナ コ		

振込先銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人(カタカナ)を記入してください
(被保険者以外の名義の口座を希望される場合は受領についての委任状が必要になります)

口座名義人は、カタカナで上段から左詰めで記載し、濁点、半濁点は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

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　港区芝公園１－５－２５

氏名　港　花子

連絡先　03-3578-2654

申請者の住所、氏名、連絡先をご記入ください
(被保険者以外の人が申請者になる場合は申請についての委任状が必要になります)

（用紙規格　Ａ４）