

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	1	3	2	0	1	4	個人番号													
被保険者番号									療養を受けた	被保険者氏名												
公費負担者番号										生年月日	明・大・昭	年	月	日								
公費受給者番号										入院・外来	割合	割	割									
診療年月									療養期間	年 月 日 から												
診療日数										年 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 (交通事故等) 相手方 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 ※ 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 信用組合 信用金庫 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
	口座番号等 左詰めで記載してください	※ゆうちょ銀行を希望の場合は、支店名に振込用の店名・店番(3桁の漢数字)と口座番号(7桁の数字)をご記入ください。		
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人は、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。

年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住所

氏名

連絡先

来た方	本人確認が1点で完了するもの	本人確認が2点で完了するもの
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他 官公署から発行の顔写真付 () <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他 官公署から発行 ()

(用紙規格 A4)

※裏面に委任状あり

委 任 状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私は次の者

住所 _____

氏名 _____ 委任者との関係 _____

を代理人（受任者）と定め、下記の権限を委任します。

記

該当する番号に○をしてください。

- ① 後期高齢者医療給付金の申請に関すること。
- ② 後期高齢者医療給付金の受領に関すること。
- ③ 後期高齢者医療給付金の申請及び受領に関すること。

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____ ④

連絡先電話番号 _____