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	9	7	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	年　　月　　日													
公費受給者番号										入　外	入・外			割　合			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	1．一般診療（海外療養費含む）　2．補装具　3．柔整　4．あんま・マッサージ 5．はり・きゅう　7．移送費　8．その他
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	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　※　1																								
一　部　負　担　金																								
支　給　金　額																								

食　事　回　数																								
療養に要した費用額																								
食事標準負担額																								

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 （　　）																							
預金種別	普通 当座 （　　）																							
口座番号等 左詰めで記載してください。																								
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。

年　　月　　日

東京都後期高齢者医療広域連合長様

申請者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入方法見本

後期高齢者医療
療養費支給申請書

証明書の医療機関にかかった際、入院であれば「入」に、外来であれば「外」に〇をしてください。

受
決　　日

保険者番号	7	個人番号	
被保険者番号	9 8 7 6 5 4 3 2	療養を受けた被保険者氏名	後期　花子
公費負担者番号		生年月日	昭和〇〇年　〇〇月　〇〇日
公費受給者番号		入　外	入 外　　割　合　　割
診療年月	年　月	療養期間	年　月　日　から
診療日数	0 1		

療養期間の年と月を記入してください。

診断書の日付を記入してください。下段は記入しないでください。

種　類	1．一般診療（海外療養費含む）　2．補装具　3．柔整　4．あんま・マッサージ 5．はり・きゅう　7．移送費　8．その他
傷病名	診断書の傷病名を記入してください。
診療を受けた医療機関等の所在地	診断書の医療機関の住所を記入してください。
診療を受けた医療機関名又は施術師	診断書の医療機関名を記入してください。
支給申請をした理由	「治療上必要な装具を作成したため」と記入してください。
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）

どちらかに〇をしてください。

療養に要した費用額	1 2 0 0	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。

振込先	〇△□	銀行 / 信用金庫 / 信用組合 / 協同組合（　）	〇△□ 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。	1 2 3 4 5 6 7			
口座名義人（カタカナ）	コ ウ キ　ハ ナ コ			

振込み先の「銀行名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人名」を記入してください。

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

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。

令和〇〇年　〇〇月　〇〇日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者

住　所　町田市〇〇町１－２－３

氏　名　後期　花子

連絡先　△△△－〇〇〇－××××

申請者欄は被保険者の「住所」「氏名」を記入してください。
連絡先は連絡の付く電話番号を記入してください。
申請者以外の連絡先の場合は欄外に氏名を記入してください。