

別記第26号様式（第21条、第21条の2、第22条、第24条関係）

後期高齢者医療  
療養費支給申請書

公金受取口座をご利用の場合は、必ず個人番号（マイナンバー）をご記入ください。

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 1 3 1 0 6 5	個人番号（マイナンバー）	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名	台東 次郎
公費負担者番号	保険証の番号を記入。	療養を受けた	生年月日 昭和18年 1月 1日
公費受給者番号		入外区分	入院・外来 給付割合 7・8・9割

補装具を作成された時点で入院中か  
外来だったか該当のほうに丸を付けてください。

保険証の負担割合が1割の場合「9割」、2割の場合「8割」、3割の場合「7割」に丸を付けてください。

種類	補装具・一般療養費（医科・歯科・調剤）・その他（ ）
傷病名	別添証明書のとおり
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	1: 治療上必要な装具を作成したため 2: 上記以外の理由を具体的に記入（ ）
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為（交通事故等） 第三者氏名（ ） 住所（ ） 2: その他（疾病等）

申請理由と発病理由について1か2に丸を付けてください。

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額		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。

公金受取口座	<input checked="" type="checkbox"/> 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	ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	〇〇八 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		申請者名義の口座を記入してください。 ※本人名義でない場合「委任状」が必要となります。
口座名義人（カタカナ）	タイトウ シロウ		

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。

〇年 〇月 〇日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住所 台東区東上野4-5-6

氏名 台東 次郎

連絡先 03-5246-1111

申請者は被保険者本人です。