

保険者番号							個人番号（マイナンバー）													
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								入外区分	入院・外来	給付割合		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	海外診療
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	

[illegible]

公金受取口座		□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				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)																	
口座名義人 (カタカナ)																	

連絡先

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、次の権限を委任します。

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

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____ ⑤

連絡先電話番号 _____