

【記入例】

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者本人の個人番号
（マイナンバー）
※不明の場合は記入不要

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	1	3	2	0	6	3	個人番号（マイナンバー）	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	府中 二郎											
公費負担者番号									生年月日	昭和11 年 1 月 1 日											
公費受給者番号									入外区分	入院	外来	給付割合	9 割								
診療年月	記入不要																				
診療日数	記入不要																				

診療を受けたのが、外来であれば「外来」に○、入院であれば「入院」に○

保険証の一部負担金の割合が1割であれば「9割」、2割であれば、「8割」、3割であれば「7割」と記入

種 類	海外診療
傷 病 名	記入不要
診療を受けた医療機関等の所在地	記入不要
診療を受けた医療機関名又は施術師	記入不要
支給申請をした理由	受診理由
発病又は負傷の理由	疾病等

海外にて医療機関を受診した理由を記入

交通事故が原因の場合は「第三者行為（交通事故等）」と記入、交通事故以外が原因の場合は「疾病等」と記入

マイナポータルに登録した公金受取口座への支給を希望の場合のみ、チェックマークを記入。
（この場合、口座情報は記入しないこと。）

記入不要

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	□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	広域			銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			府中			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										
口座名義人 （カタカナ）	フ			チュウ			シ			ロウ							

被保険者本人（診療を受けられた方）の名義の口座を記入
※ゆうちょ銀行の場合は、預金通帳等に記載の振込用の店名（3桁の数字）等を記入
※診療を受けられた方以外の口座に振込を希望する場合は、裏面の「委任状」の記入等が必要
「委任者」…被保険者本人（補装具を装着した方） 「受任者」…口座名義人

東京都後期高齢者医療広域連合

申請者

住 所 府中市〇〇町1-1

氏 名 府中 二郎

連絡先 042-●●●-△△△△

被保険者本人（診療を受けられた方）のご住所等を記入