

書き方 見本

別記第26号様式（第21条、第22条、第24条関係）

後期高齢者医療 療養		「通知カード」又は「個人番号カード」を確認し、被保険者本人の12桁の「マイナンバー（個人番号）」を記入してください																			
受付日 決定日	年 月 日	年 月 日																			
保険者番号	3	9	1	3	2	1	4	7	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	療養を受けた	被保険者氏名	国分寺 太郎										
公費負担者番号								生年月日		〇〇年 〇月 〇〇日											
公費受給者番号								入 外		入			割 合			9 割					
診療年月	年 月							療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで												
診療日数	日																				
種 類	医師から指示を受けたのが、外来時であったか入院時であったかにより、外来なら「外」、入院なら「入」を記入								補装具				保険証の負担割合が1割なら「9割」、2割なら「8割」、3割なら「7割」と記入（払い戻しの割合になります）								
傷 病 名																					
診療を受けた医療機関等の所在地	第三者行為に該当すれば1に○をして相手方氏名・住所を記入、それ以外の発症・負傷理由の場合は2に○をしてください																				
診療を受けた医療機関名又は施術師	治療上必要な装具を作成したため																				
支給申請をした理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）																				
発病又は負傷の理由	相手方氏名及び住所：																				
領収書に記載された金額																					
療養に要した費用額	¥ 1 0 0 0 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○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	広域							銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()				飯田橋				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)	コクフンシン							タロウ				被保険者名義の口座									
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。																					
〇〇年 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 国分寺市戸倉1-6-1														
被保険者の住所・氏名・連絡先							氏 名 国分寺 太郎														
							0123 国分寺太郎														
							連絡先 042-325-0111														

訂正するときは、見本のとおり①間違えた箇所に二重線を引き、②その上に正しい文言を書き、③その隣にフルネームで小さく署名してください。※修正液等の使用、2度書き、塗りつぶし等は行わないでください。