

書き方 見本

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
保険者番号	3	9	1 3 2 1 4 7
被保険者番号	1	2	3 4 5 6 7 8
公費負担者番号			
公費受給者番号			
診療年月	年	月	
診療日数		日	

個人番号（マイナンバー）

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

被保険者氏名

国分寺 太郎

生年月日

年 月 日

入外区分

入院・外来

給付割合

9割

療養期間

年 月 日 から

年

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）

種

類

傷

病

名

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、外来または入院に○つけ

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設名

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

支給申請をした理由

治療上必要な装具等

ため

発病又は負傷の理由

1：第三者行為（交通事故等）
相手方氏名及び住所：

2：その他（自損事故・疾病等）

公金受取口座を希望される方は口にし点を入れてください。下記の振込先口座は記入しないでください。公金口座を希望されない方は、見本を参考に振込先口座をご記入ください。

該当するもの

□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	飯田橋	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)	コクフンシ	タロウ			

被保険者名義の口座

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

氏名

国分寺 太郎

連絡先

0123
042-325-0111

国分寺太郎

被保険者の住所・氏名・
連絡先

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。