別記第36号様式（第31条関係）

保 険 者	

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者番号		個人番号 (マイナンバー)	
氏　　名		生年月日	

医療機関で他の医療助成制度による医療券又は受給者証を利用していますか。
該当するものに〇を付けてください。　　利用している　・　利用していない

「利用している」に〇を付けた方のみ記入してください。

制度名・・・ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　窓口負担 ・・・　有　・　無

振込先口座を記入してください。
公金受取口座を利用する場合は公金受取口座欄に☑をしていただき、振込先口座の記入はしないでください。

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。 ※必ず、申請書上部にある個人番号欄にマイナンバーを記入してください。

振込先	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店・支店 出張所 〔　　〕	預金種別	普通 当座 〔　　〕
		金融機関コード（記入不要）	支店コード（記入不要）	

口座番号 右詰めで記入してください		
口座名義人 （カタカナ） 上段から左詰めで記入してください		

該当するものに〇を付けてください。該当するものがない場合は〔　〕内に記入してください。
口座名義人は、濁点・半濁点を１字として、姓と名の間は１字空けてください。

東京都後期高齢者医療広域連合長　宛

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。全ての高額療養費について、この申請書をもって請求し、上記口座に振り込むことを承諾します。

なお、東京都の医療助成の適用を受けた高額療養費がある場合、その申請の手続及び受領については東京都知事に委任します。

年　　月　　日

申請者

（〒　　－　　）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　連絡先　　（　　）