

## 後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

保険者番号	3	9	1	3	1	2	0	6	個人番号											
被保険者番号									療養を受けた方	被保険者氏名										
公費負担者番号										生年月日	明・大・昭	年	月	日						
公費受給者番号										入院外来	入院・外来	割合	7・8・9							
診療年月									療養期間											
診療日数																				

種 類	・医科 ・歯科 ・装具 ・生血 ・移送費 ・その他
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	<input type="checkbox"/> 補装具製作所に保険契約がないため <input type="checkbox"/> 上記以外の理由を具体的に記入（ ）
発病又は負傷の理由	1 第三者行為（相手の氏名および住所） 2 その他（自損事故・疾病等）

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		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		網掛けの中は記載不要です。	

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 ( )
-------	-----------------------------	----------	------------------	-------------------------

口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>	
口座名義人 (カタカナ)	

該当するものに○をつけてください。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。口座名義人はカタカナで上段から左づめで記入してください。濁点半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

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。

東京都後期高齢者医療広域連合長あて 年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

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、療養費・移送費に関する下記の権限を委任します。

## 記

(①～③のいずれか一つを丸で囲んでください。)

- 1 申請に関すること。
- 2 受領に関すること。
- 3 申請及び受領に関すること。

年 月 日

委任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ④

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

以上