

記入例

別記第20号様式（第21条、第22条、第24条関係）

←領収書返却希望の方は

記入例に沿ってご記入下さい

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	2	2	9	5	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	/	/	/	/	/	/
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	療養を受けた	被保険者氏名	広域 太郎			いずれかをお選び下さい													
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 外	入院	外来	割合	7・8・9割													
診療年月	○年 ○月								療養期間	○年 ○月 ○日 から																	
診療日数	0	1	日							年 月 日 まで																	

種 類	補装具
傷 病 名	別紙の通り
診療を受けた医療機関等の所在地	別紙の通り
診療を受けた医療機関名又は施術師	別紙の通り
支給申請をした理由	治療上必要な装具を作成したため
発病又は負傷の理由	<第三者からの行為による場合のみご記入ください>

療養に要した費用額	¥	9	9	9	9	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	東京広域					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	0	1	2	3	4	5	6								
口座名義人(カナ)	コ	ウ	イ	キ	タ	ク	ウ								

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。

○ 年 ○ 月 ○ 日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住 所 東京都千代田区飯田橋○-○-○

氏 名 広域 太郎

連絡先 03-3222-○○○○

マナーの記載・職員による番号の確認を拒否される方はこちらにチェックをしてください。

※職員が個人番号の確認をすることを拒否される方は右の□にチェックをお願いします。→□