

保険者番号								個人番号（マイナンバー）											/
被保険者番号								療養を受けた	被保険者氏名										
公費負担者番号									生年月日	年 月 日									
公費受給者番号									入外区分	入院・外来	給付割合	割							
診療年月	年 月						療養期間	年 月 日から											
診療日数			日					年 月 日まで											

種 類	
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	
発病又は負傷の理由	

[illegible]

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。															
		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 (左詰め)																	
口座名義人 (カタカナ)																	

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宛

連絡先