

後期高齢者医療
療養費支給申請

月
日

個人番号(マイナンバー)を記入

保険証の番号(8ケタの数字)を記入

9131198

個人番号(マイナンバー)

234567890123

被保険者番号

33333333

被保険者氏名

板橋太郎

公費負担者番号

療養を受けた

生年月日

T・S14年1月1日

公費受給者番号

入外区分

入院・外来

給付割合

9.8.7割

診療年月

記入しない

療養期間

記入しない

診療日数

種類

補

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

治療に必要な装具を作製したため

発病又は負傷の理由

第三者行為ではない・第三者行為の場合(加害者氏名:)

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

記入しない

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。

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)

0123456

口座名義(カタ)

イタハ・シタロウ

*口座番号が7ケタ未満の場合は頭を0(ゼロ)でうめて7ケタにしてください。

*「総合口座」の場合、普通・当座・貯蓄のいずれの口座であるか確認してください。

補装具を装着した方ご名義の口座を記入

住所

板橋区○○町△-□-○

氏名

板橋太郎

連絡先

03-8765-4321

昼間連絡できる電話番号

補装具を装着した方のご住所・お名前などを記入