受付日 決定日 年 月 日 保険者番号 3 9 1 3 1 0 8 1 個人番号 (マイナンバー) 被保険者番号 数 数を 受けた 生年月日 年 月 日 公費受給者番号 分和 年 月 日 から 診療年月 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 和 年 月 日 から 会和 年 月 日 から 会和 年 月 日 から 会和 年 月 日 まで を 第 2 別紙のとおり 影響を受けた医療機関等の所化地 別紙のとおり 変 4 申 請 を した 理 由 発 病 又 は 負傷 の 理 由 上第三者行為 (交通事故等) 相手力 ( よその値 (日拍事故・疾病等) 変 2 節 変 定 額 京美に要した費用額 ・ 部 負 担 金 食 事 四 数 ・ 部 負 担 金 食 事 弾 質 負 担 額 ・ 一 部 負 担 金 食 事 弾 質 負 担 額 ・ 会を受取口座 と 1 のに登録した口座を到用します (数保険者本人のみ利用可) ※公会受取口座 ※マイナポータルに登録した口座を剝した口座を到用します (数保険者本人のみ利用可) ※公会受取口座 ※マイナポータルに登録した口座を剝した口座を利用します (数保険者本人のみ利用可) ※公会受取口座 ※マイナポータルに登録した口座を剝した口座を剝した口座を製した口座を剝した口座を製した口座を剝に口座を利用します (数保険者本人のみ利用可) ※公会受取口座 ※マイナポータルに日座を製した口座を剝した口座を剝した口座を剝した口座を剝した口座を剝した口座を剝した口座を剝した口座を剝した口座を剝した口座を製造した口座を剝した口座を製造を入のより口座 ※マイナポータルに口座を登録していない場合な、被保険者本人のカの口座は利用できません。								-	後期 高 養費	齢 者 支 給		療書					
保険者番号   3 9 1 3 1 0 8 1   個人参与 (マイナンバー)   接収検者終名   保険者番号   保険者終名   保険者終名   保険者終名   保険者終名   保険者終名   保険者終名   保険者終名   保険者終名   保険者終名   保証   保証   保証   保証   保証   保証   保証   保									目	)\ \n	1 111						
会養負担を書号		3			1	ī	8	1		(マイナン	/バー)			1 1			
会けた   年9月   日   日   日   日   日   日   日   日   日	被保険者番号				!					被保険	者氏名		•	1	, ,		
	公費負担者番号				-	:	:			生年	月日			年	J	FI.	目
診療日数	公費受給者番号		i		; ; ;	:	; ;		, ,,,,,	入外	·区分	入院・外	来	給付割	合	7 • 8	• 9 割
静療日数	診療年月		令和		年		月		<b>库</b> 亲 H	n 88	令和	i 年	月	月		から	
(係 病 名 別紙のとおり  診療を受けた医療機管スに資料  別紙のとおり  支給 申 請を した 理由  発病 又は 負傷 の 理由  「第三者符為 (交通事故等) 相手力 ( アその他 (自担事故・疾病等)  変 業に 要した 費用 額	診療日数		ŀ	3					原食品	引[1]	令和	年	月	目		まで	
診療を受けた医療機関等の所在地 別紙のとおり	種		類														
ま物を受けた医療機関名又は施術部 別紙のとおり 支給申請をした理由 発病又は負傷の理由 1:第三者行為(交通事故等) 相手方(	傷 病		名	別紙	のと	おり											
支給申請をした理由  発病又は負傷の理由    1第三者行為(交通事故等)   和平方 (	診療を受けた医療機関	等の所	<b></b>	別紙	のと	おり											
	診療を受けた医療機関名	名又は加	施術師	別紙	のと	おり											
<ul> <li>売 柄 又 は 貝 傷の 理田 2-その他 (自根事故・疾病等)</li> <li>療 養に 要した 費 用 額</li></ul>	支給申請をし	たり	里由														
# 査 認 定 額	発病又は負傷	のま	** ## I								)	住所(					)
一部負担金       食事標準負担額         支給金額       食事標準負担額         公金受取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       で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公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。       ※公金受取口座は利用できません。         振       ( 信用金庫 ( ) )       ( 信用組合庫 ( ) )       ( 信用組合庫 ( ) )       ( 信用組合 ( ) )       ( 企 額 別 ( ) )         口座名義人 ( (カタカナ)       口座名義人欄は、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字空けてくださいと記のとおりに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。 令和 年 月 日 東京都後期高齢者医療広域連合長宛 申請者 住所 氏名	療養に要した	費月	月額	-		-	:			食	事	回 蕦	汝	1 1 1 1 1 1	]		
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。 □マイナボータルに登録した○座を利用します (被保険者本人のみ利用可) ※マイナボータルに登録した□座を利用する場合は②を入れ、振込先□座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取□座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナボータルに□座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の□座は利用できません。 振 銀 行				-			-						_				
□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②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、被保験者本人以外の方の口座は利用できません。 振 毎	支 給 金	È	額			=+->		7.1	- 18 h . IB					Arm III . 1	о <b>-</b> 1-11	1 = 1 + h = + = =	r 1.
信用金庫			<b>マイ</b> フ マイナス 公金受耳	<b>トポ・</b> ポータ 取口座	<b>ータ</b> / ルに を利	ルに 登録 用で	<b>登録</b> した きる	<b>录し</b> 口座 のは	<b>た公金受</b> 耳 を利用する場 <b>被保険者本</b> /	<b>反口座を</b> 場合は <b>⊘</b> を <b>し</b> のみです	<b>≥利用し</b> ≥入れ、扱 け。	<b>)ます (<u>被</u></b> 長込先口座(下)	<b>保険者</b> 記太枠部	<b>「本人の</b> 『)は記入し	<b>み利</b> 月 ないて せん。	用可)	
信用組合   協同組合   種   当座   別 ( )   1   1   1   1   1   1   1   1   1	振												本后			草	产通
口座番号 (左詰め) 口座名義人 (カタカナ) 口座名義人欄は、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 上記のとおりに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。 令和 年 月 日 東京都後期高齢者医療広域連合長宛 申請者 住 所 氏 名									信用組合						種	弄	<b>é</b> 座
口座名義人 (カタカナ) 口座名義人欄は、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 上記のとおりに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。 令和 年 月 日 東京都後期高齢者医療広域連合長宛 申請者 <u>住</u> 所 <u>氏</u> 名	口座番号	1	!	!		:	:		防门和1口						別	(	)
(カタカナ)  口座名義人欄は、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に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。																	
上記のとおりに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。																	
申請者 <u>住 所</u> <u>氏 名</u>	上記のとおりに療	養に	ニ要した	と費月	月に厚		5証					¦¦ 蜀点は1字と	して、	姓と名の	間は	<u>:</u> 1 字空け	<b>:</b> てください
<u>氏名</u>	東京都後期高	高齢者	长医療原	広域運	直合县	長宛											
						F	申請	者	住 所								
連絡先									氏 名								
									連絡先								

## 委 任 状

## 東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

住所						
氏名			委任者との関		_	
を代	理人	(受任者) と定め、 (療養費、	食事療養差額、移送費		記の権限を	を委任します。
			記			
(1)~30	いずね	1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	<u> </u>			
				年	月	日
委任者						
住所						
氏名			<u> </u>			