

記入見本

齡者醫療書
給申請

決定日 年 月 由

保険者番号	3 9 1 3 1 0 8 1	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名	江東 次郎
公費負担者番号		生年月日	昭和21年 1月 1日
公費受給者番号		入外区分	入院 <input checked="" type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 給付割合 7・8・9割
診療年月	令和 年 月	令和	
診療日数	入院・外来のどちらかに必ず ○をしてください。	令和	
種			
傷病名	別紙のとおり		
診療を受けた医療機関等の所在地	別紙のとおり		
診療を受けた医療機関名又は施術師	別紙のとおり		
支給申請をした理由	被保険者証を持参しなかったため等 治療用装具を作製したため等	発病又は負傷の理由が1:第三者行為(交通事故等)の場合は相手方氏名・住所をご記入ください。	
発病又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等)相手方() 2:その他(自損事故・疾病等)	住所()	

療養に要した費用額		食事回数		
審査認定額		額		
一部負担金		額		
支給金額				
該当するものに○を付けてください。該当するものがなければ、該当する項目は()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	<input type="checkbox"/> 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 ()
口座番号 (左詰め)	0 1 2 3 4 5 6			
口座名義人 (カタカナ)	コウトウシ	口ウ		

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 6 年 10 月 1 日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者

住 所

江東区東陽4-11-28

被保険者ご本人の住所・氏名・連絡先を
ご記入ください。ご本人以外の方が署名
する場合、裏面委任状に記入・押印して
ください。

申請者（申請書下方の署名欄の氏名の方）・口座名義人が被保険者本人でない場合は委任状の記載が必要になります。

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 **江東区東陽4-11-28**

申請者（申請書下の署名欄の氏名の）
又は口座名義人の住所氏名をご記入
ください。

氏名 **江東 花子** 委任者との関係 **妻**

を代理人（受任者）と定め、**療養費** に関する下記の権限を委任します。

（療養費、食事療養差額、移送費等の別）

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。

代理人（受任者）が
署名者⇒①、口座名義人⇒②
署名者及び口座名義人⇒③
に○

令和6年 10 月 1 日

委任者

住所 **江東区東陽4-11-28**

氏名 **江東 次郎**

被保険者本人がご記入ください。
被保険者がお亡くなりの場合は委任
状ではなく、申立書の記入をお願い
します。

連絡先電話番号 **03-1234-5678**



以上