

補装具を作成した場合の記入例です。太線内をご記入ください（消せるペン・修正液不可）

別記第26号様式（第21条、第22条、第24条関係）

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日 決定日	年	月	日											
保険者番号	3	9	1	3	1	0	6	5	個人番号					
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	療養を受けた	被保険者氏名	台東 次郎			
公費負担者番号	保険証の番号を記入。								生年月日	昭和18年 1月 1日				
公費受給者番号									入	外	割合	7割 9割		
診療年月									療養期間					
診療日数									保険証の負担割合が1割の場合「9割」、3割の場合「7割」に丸を付けてください。					

医師の意見書の証明日時時点で入院中か
外来だったか該当のほうに丸を付けてください。

保険証の番号を記入。

保険証の負担割合が1割の場合「9割」、
3割の場合「7割」に丸を付けてください。

種類	補装具・一般療養費（医科・歯科・調剤）・その他（ ）		
傷病名			
診療を受けた医療機関等の所在地	別添証明書のとおり		
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	1: 治療上必要な装具を作成したため 2: 上記以外の理由を具体的に記入（ ）		
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為（交通事故等） 2: その他（疾病等） 第三者氏名（ ）住所（ ）		

申請理由と発病理由について1か2に丸を付けてください。

申請者名義の口座を記入してください。 ※本人名義でない場合「委任状」が必要となります。	食事回数			
	療養に要した費用額			
	食事標準負担額			
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	ゆうちょ	銀行	〇〇八	本店・支店
口座番号等 左詰めで記載してください。	1	2	3	4
口座名義人 (カタカナ)	タ	イ	ト	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。

令和2年 1月 1日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住所 台東区東上野4-5-6

氏名 台東 次郎

電話番号 03-5246-1111

申請者は被保険者本人です。

朱肉使用の印鑑を押してください。
スタンプ印（シャチハタ）不可。

台印