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　令和　　年　　月　　日
決定日　令和　　年　　月　　日

保険者番号	３	９	１	３	２	０	４	８	個人番号（マイナンバー）											
被保険者番号									療養を受けた方	被保険者氏名										
公費負担者番号										生年月日										
公費受給者番号										入院・外来	入・外			給付割合		７・８・９ 割				

診療年月	令和　　年　　月	療養期間	令和　　年　　月　　日から
診療日数	１日		令和　　年　　月　　日まで

種　類	医科・（一般・歯科・調剤）（海外）・補装具・（　　）
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	１：第三者行為（交通事故等）　相手方氏名・住所（　　） ２：その他（自損事故・疾病等）

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額　※　１		療養に要した費用	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			

受取公金口座	□	**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。

該当するものに○印をつけてください。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。

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店・支店（　） 金融機関コード	支店コード	預金種別	普通 当座 （　）
口座番号（左詰め）					
口座名義人（カタカナ）		口座名義人はカタカナで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字あけてください。			

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あて

申請者　住所

氏名

連絡先　（　　）　　－