別記第26号様式(第21条、第22条、第24条関係)

記入例

後期高齢者医療療養費支給申請書

受付日　　年　　月　　日
決定日　　年　　月　　日

保険者番号		個人番号	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	療養を受けた	被保険者氏名：伊奈平　太郎
公費負担者番号			生年月日：昭和２０年１月１日
公費受給者番号			入外：外来　割合：　割
診療年月			月　日　から
診療日数			月　日　まで

個人番号、被保険者番号、氏名、生年月日、入院又は外来を記載してください。

種類	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	

補装具に係る費用を請求する場合は、「補装具」と記載してください。

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			

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。

振込先	村山　銀行・信用金庫・信用組合・協同組合(　)		本町　本店・支店(　)	預金種別	普通・当座(　)
口座番号等左詰めで記載してください。	0 1 2 3 4 5 6				
口座名義人(カタカナ)	イナタ゛イラ　タロウ				

被保険者本人名義以外の口座に振り込む場合は、委任状が必要になります。

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

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　４　月　１　日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者
住所　武蔵村山市本町１－１－１
氏名　伊奈平　太郎
連絡先　０４２－５６５－１１１１

被保険者以外のかたが申請する場合は、委任状が必要になります。その場合、申請者（代理人）の身分証明書も必要になりますので、写しを添付してください。

(14)