記入例

第16条関係）

後期高齢者医療療養費支給申請書

支付日　令和　　年　　月　　日

決定日　令和　　年　　月　　日

保険者番号	3 9 1 2 2 0 7 2	個人番号	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名	松戸　花子
公費負			1日
公費受			割
診療年月	令和　年　月	療養期間	令和　年　月　日から
診療日数	日		令和　年　月　日まで

記入不要

種類	
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：
療養に要した費用額	
審査認定額　※1	
一部負担金	
支給金額	

記入不要

該当するものに〇をつけてください。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	松戸	銀行 / 信用金庫 / 信用組合 / 協同組合（　）	駅前 本店・支店（　） 金融機関番号／店番号（記入不要）	預金種別 普通 / 当座（　）
口座番号等	1 2 3 4 5 6 7			
口座名義人（カタカナ）	マツド　ハナコ			
公金受取口座	□			

口座名義人はカタカナで上 てください。

被保険者名義の口座をご記入ください。
被保険者以外の口座に振り込む場合は「委任状」、相続人の口座に振り込む場合は「申立書」が必要となりますのでお問い合わせください。

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 8年 1月 1日　記入日

療広域連合長

被保険者名・住所をご記入ください（※）（代筆可）。

申請者	住所	松戸市根本387-5 コーポ松戸市役所999号
	氏名	松戸　花子
	電話番号	047-366-1111

※　被保険者の方が既にお亡くなりになられている場合は、申請者欄には相続人の方のお名前をご記入ください。