

# 記入例

様式第...

後期高齢者医療被保険者証に記載の  
**被保険者番号（8桁）**を記入してください。

## 療養費支給申請書

被保険者番号	<b>1 2 3 4 5 6 7 8</b>	(フリガナ)	<b>コウイキ レンゴロウ</b>
個人番号	<b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</b>	氏名	<b>広域 連五郎</b>
生年月日	明治 大正 <b>昭和</b>	12月3月4日	電話番号 <b>087-811-1866</b>

**個人番号（マイナンバー）12桁**  
を記入してください。

連絡の取れる連絡先を  
記入してください。

振込先	振込先 <b>さめき</b> ( ) 金融機関コード	振込先 <b>さめき</b> ( ) 店舗コード	種目 1 普通預金 2 当座預金 3 その他 ( )	口座番号 <b>1 2 3 4 5 6 7</b>
	金融機関名・支店名を正確に記入し、該当するものに○を付けてください。	口座種目と口座番号を確認して正確に記入してください。	<b>コウイキ レンゴロウ</b> <b>広域 連五郎</b>	金融機関に届けているフリガナを記入してください。
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為（交通事故等） ② : その他（自損事故・疾病等）			

高額療養費に該当した診療月について、交通事故やけんか等の「第三者による負傷」（第三者行為）によって治療を受けていた場合は「1」に○を付けてください。  
それ以外の疾病やけが、入院によって治療を受けていた場合は、「2」に○を付けてください。

原則、被保険者本人名義の口座を記入してください。  
被保険者と名義が異なる場合は、別途「委任状」が必要になります。

●●年 10月 10日

〒 760-0066

被保険者の住所・氏名を記入し、  
押印してください。

住所 **高松市福岡町二丁目3番2号**

(被保険者)

氏名

**広域 連五郎**

