

後期高齢者医療療養費（補装具）支給申請書

保険者番号	3 9 0 4	個人番号	
被保険者番号		被保険者氏名 (生年月日)	(明・大・昭 年 月 日)

以下のとおり、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。

平成 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

氏名 _____ 印

連絡先 ☎ _____

〒 _____

住所 _____

- | 添付書類 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・領収書及び内訳書 ・医師の診断書
(担当医師記入欄に記載されている場合は不要) ・通帳の写し ・靴型装具の場合は写真
(実際に装着する現物であることが確認できるもの) |

()
受付日付印

● 療養に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・該当箇所には☑をつけてください。 ・1割の保険証の方は9割、3割の保険証の方は7割となります。
-------------------	---

採寸・採型日 (診療年月)	平成 年 月 日	給付区分	<input type="checkbox"/> 9割 <input type="checkbox"/> 7割	入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院時に採寸・採型 <input type="checkbox"/> 外来時に採寸・採型
療養に要した費用額	円	自己負担額 (一部負担額)	円	支給金額	円
			※入院の場合は手入力が必要		

● お振込先	<ul style="list-style-type: none"> ・振込先口座は原則として、申請者本人の口座を指定してください。 ・やむを得ず申請者以外の口座に振込みを希望される場合は、裏面委任状にご記入ください。
---------------	---

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ()
金融機関コード		店舗コード	預金種目
口座番号	・口座番号は7桁となります。 ・7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。		該当箇所には☑をつけてください
口座名義人 (カカナ)	・姓と名の間は1マスを空けて、左づめで記入してください。 ・小文字を含む文字(例:イリヨウ)は、すべて大文字(例:イリヨウ)で記入してください。		

● 担当医師記入欄

診断日	平成 年 月 日	装着年月日	平成 年 月 日
採寸・採型年月日	平成 年 月 日	採寸・採型時の入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 外来時
装着に係る傷病名	発病または負傷の理由 <input type="checkbox"/> 第三者の行為による <input type="checkbox"/> その他 ()		
装着または修理を必要と認めた治療用装具の名称			
医療機関所在地	〒 _____		
医療機関名称	担当医師名	印	

様式 H30.4~	市区町村 確認欄	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 入力	過去に補装具の支給履歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	支給履歴がある場合に申請を受理した理由 <input type="checkbox"/> 耐用年数経過済み 装具名等 <input type="checkbox"/> 前回とは装着部位が別 () <input type="checkbox"/> 医師に前回は使用できないことを確認済み () <input type="checkbox"/> ()	採寸採型日及び入院外来区分を医療機関に確認済み	確認者 印
-----------	----------	---	-------------	---	--	-------------------------	-------

後期高齢者医療療養費（補装具）支給申請書（裏面）

委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 委任日 平成 年 月 日

代理人	住所	〒 —		
	氏名			印
	申請者との関係		連絡先	— —
申請者	住所	〒 —		
	氏名			印