

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 (カタカナ) | ・姓と名の間は1マス空けて、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 |