

後期高齢者医療療養費（補装具）支給申請書

記入例

保険者番号	3 9 0 4 1 2 3 4	個人番号	0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名 (生年月日)	広域太郎 (明・大・昭 5年 4月 3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 4 月 1 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

氏名 広域太郎 広域 印

連絡先 ☎ 022-266-1021

〒 980-0011

住所 仙台市青葉区上杉一丁目2-3

- 添付書類
- ・領収書
 - ・医師の診断書（担当医師記入欄が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）

窓口端末に入力する際の「診療年月」には、採寸・採型日の属する年月を入力願います。

● 療養に関すること

・該当箇所に☑をつけてください。

9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 2 月 1 日	給付区分	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 外来時に採寸・採型
療養に要した費用額	25,600 円	自己負担額 (一部負担額)	2,560 円 <small>※入院の場合は手入力が必要</small>	支給金額	23,040 円

● お振込先

・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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> ()	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> ()
金融機関コード	1 2 3 4	店舗コード	0 0 1
口座番号	1 0 2 0 3 0 4	・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。	
口座名義人 (カカナ)	コウイキ タロウ	・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:イロウ)は、すべて大文字(例:イロウ)で記入してください。	

日付の整合性を確認願います。
※診断日→採寸・採型日→装着日

● 担当医師記入欄

診断日	平成 ○○ 年 1 月 20 日	装着年月日	平成 ○○ 年 2 月 7 日
採寸・採型年月日	平成 ○○ 年 2 月 1 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		

支給履歴がある場合には、前回の申請内容を確認し、今回受理した理由を記載願います。

様式 H30.4~	市区町村 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 受付 <input checked="" type="checkbox"/> 口座 <input checked="" type="checkbox"/> 入力	過去に補装具の支給履歴 <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 前回とは装着部位が別 (前回は下肢装具) <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 後期 花子 印
-----------	----------	--	--	---------------------	---	--