

様式第41号

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。

令和 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

氏 名

連絡先

〒

住 所

添付書類

・領収書及び内訳書

・治療用装具製作指示装着証明書
(医師の診断書で必要事項が網羅されている場合受付可)

・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

・該当箇所に☑をつけてください。

・保険証が1割の方は9割、2割の方は8割、3割の方は7割となります。

採寸・採型日 (診療年月)	令和 年 月 日	給付 区分	☐ 9割 ☐ 8割 ☐ 7割	入院・外来 区分	☐ 入院時に採寸・採型 ☐ 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

(①へ記入または②へ☑してください)

①指定する口座へ振込	☐銀 行 ☐信 用 金 庫 ☐農業協同組合 ☐信 用 組 合 ☐協 同 組 合 ☐ () ☐本 店 ☐支 店 ☐出 張 所 ☐ () 金融機関 コード 店鋪 コード	預金 種目 ☐普 通 ☐当 座 ☐貯 蓄	
	口座番号	・7桁未満の場合は先頭を0で埋めてください。 ・口座番号は7桁となります。	該当箇所に☑をつけてください
	フリガナ		
	口座名義人		
②口座金受取	☐ 公金受取口座を利用します。 注意:市区町村に届出している口座や年金の受取口座ではありません。 ※マイナンバーとともに国に事前登録した、マイナンバーカードと紐づけしている口座です。 (マイナンバーカードを作成していない方や口座を登録していない方、相続人の方、被保険者以外の口座に振り込み希望の方は利用できません。) ※公金受取口座を利用する場合、①の口座情報の記入は不要です。 ※公金受取口座を登録しているか不明の場合は、①に口座情報を記入してください。		

【委任欄】

私(申請者)は、下記代理人に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者(申請者) 氏名

受任者(代理人) 氏名

様式 R7.4～	市区町村 確認欄	☐ 受付 ☐ 口座 ☐ 入力	過去に補装具 の支給履歴	支給履歴が ある場合に 申請を受理 した理由	☐耐用年数経過済み ☐前回とは装着部位が別 () ☐医師に前回は使用できないことを確認済み () ☐ () 装具名等	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
			☐ あり ☐ なし				