

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		・該当箇所には☑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	金融機関コード	□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 □()	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。			該当箇所には☑をつけてください
	フリガナ				
	口座名義人				
② 公金受取	□ 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 _____