

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
- ・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)

(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

- ・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"/> ()	金融機関 コード	店舗 コード	預金 種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
-----	---	--	-------------	-----------	----------	---

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 (かたが)	姓と名の間は1マス空けて、左づめで記入してください。	

公金受取口座を利用します。

※マイナンバーとともに国に事前登録した公金受取口座を利用する場合は☑してください。公金受取口座を利用する場合、口座情報の記載は不要です。
 ※マイナポータルで公金受取口座を変更した場合は、お住まいの市区町村へ口座変更届の提出が必要です。

● 担当医師記入欄

治療用装具 が必要と認 めた年月日	令和 年 月 日	装着確認 年月日	令和 年 月 日
採寸・採型 年月日	令和 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 (疾病・自損事故等)
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 R5.4~	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	支給履歴が ある場合に 申請を受理 した理由	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<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
-------------	-------------	---	-----------------	---------------------------------	---	---	------------------------------------

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	令和 年 月 日
代理人	住所		
	氏名		
	申請者との関係	連絡先	— —
申請者	住所		
	氏名		