

記入見本

- ・太枠内をご記入ください。
- ・グレー部分は記入不要です。
- ・公費番号等は該当者のみご記入ください。

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

12桁の「個人番号（マイナンバー）」を記入してください。

診断書の日付の時点が入院
か外来かご記入ください。

入院・・・入と記入。

外来・・・外と記入。

保険証の被保険者番号（8ケタ）を記入。

広城 次郎

〇〇年 〇月 〇日

1割の方は9割

2割の方は8割

3割の方は7割とご記入ください。

種 類	補装具
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	別添証明書の通り
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	治療上必要な装具を作成したため
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審査認定額 ※	1		
一部負担金			
支給金額			

理由が交通事故以外の場合は、2に○をつけてください。

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

公金受取口座	☐ マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します（被保険者本人のみ利用可） ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座（下記太枠部）は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。
--------	---

振込先	東京広城	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 ()	支店 ()	預金種 普通 当座
-----	------	-----------------------------------	-----------	-----------	-----------------

口座番号等 左詰めで記載してください。	0	1	2	3	4	5	6												
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ		シ	〃	ロ	ウ										

口座番号が7桁でない場合は
頭に0（ゼロ）をつけ7桁表示にしてください。

被保険者本人名義の口座をご記入ください。濁点は1字とし、姓・名の間を1マスあけてください。本人以外の口座を指定する場合は委任状が必要になります。

口座名義人は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類

「添付書類」

- ① 医師の指示書（原本）
- ② 領収書・内訳書（原本）
- ③ （靴型のみ）装具の写真

申請者 住 所 東京都国立市富士見台〇ー〇ー〇

氏 名 広城 次郎

連絡先 042-△△△-〇〇〇〇

申請者は被保険者本人です。