

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
<ul style="list-style-type: none"> ・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	<input type="checkbox"/> 9割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 7割
療養に要した費用額	円	自己負担額 (一部負担額)	円
		※入院の場合は手入力が必要	
		入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 採寸・採型 <input type="checkbox"/> 外来時 <input type="checkbox"/> 採寸・採型
		支給金額	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 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"/> ()	預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	金融機関コード	店舗コード	
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 (カタカナ)	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られた年月日	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			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 <input 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 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			