

## 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	<input type="checkbox"/> 9割 <input type="checkbox"/> 8割 <input type="checkbox"/> 7割	入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院時に採寸・採型 <input type="checkbox"/> 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	<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"/> 店舗コード <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 預金種目	
	金融機関コード	.....	.....	.....	.....		.....
	口座番号	.....	.....	.....	.....		.....
	フリガナ						・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。
口座名義人							
② 口公 座金 利受 用取	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 <b>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。</b> ※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ている口座です。 <b>(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。)</b> ※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	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	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  <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 耐用年数経過済み <input type="checkbox"/> 前回とは装着部位が別 <input type="checkbox"/> 医師に前回分は使用できないことを確認済み <input type="checkbox"/> ( )	装具名等  <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  <input type="checkbox"/> ( )
-------------	-------------	--	--	--	---	--	---