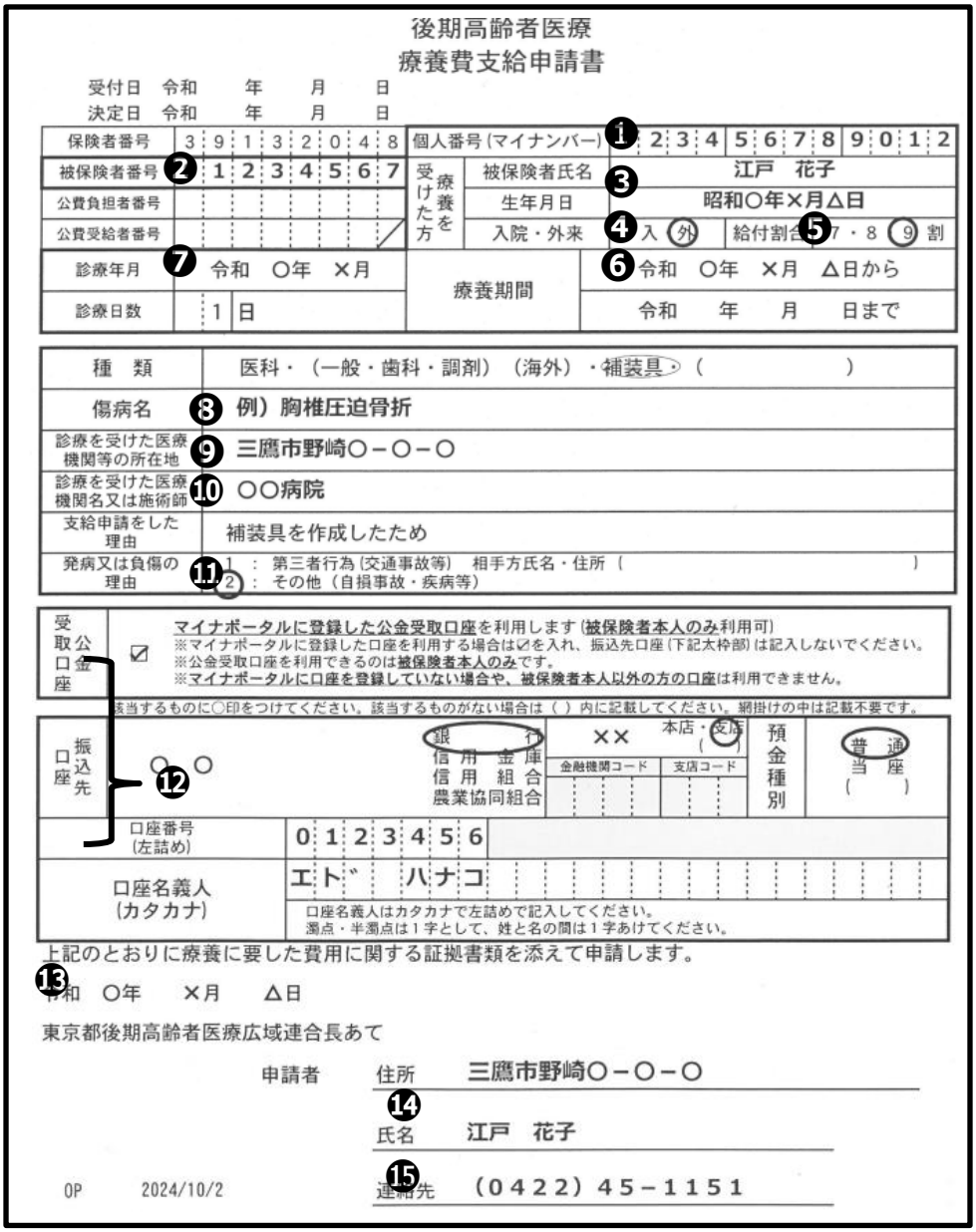
療養費支給申請書記入例（治療用装具の場合）



後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日　令和　　年　　月　　日
決定日　令和　　年　　月　　日

保険者番号	3 9 1 3 2 0 4 8	個人番号（マイナンバー）	❶ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者番号	❷ 1 2 3 4 5 6 7	受けた療養を方 被保険者氏名	❸ 江戸　花子
公費負担者番号		生年月日	昭和〇年×月△日
公費受給者番号		入院・外来	❹ 入　外　給付割合 ❺ 7・8　9 割
診療年月	❼ 令和　〇年　×月	療養期間	❻ 令和　〇年　×月　△日から
診療日数	1 日		令和　　年　　月　　日まで

種　類	医科・（一般・歯科・調剤）（海外）・補装具・（　　）
傷病名	❽ 例）胸椎圧迫骨折
診療を受けた医療機関等の所在地	❾ 三鷹市野崎〇－〇－〇
診療を受けた医療機関名又は施術師	❿ 〇〇病院
支給申請をした理由	補装具を作成したため
発病又は負傷の理由	⓫ 1　：　第三者行為（交通事故等）　相手方氏名・住所（　　） 2　：　その他（自損事故・疾病等）

受取口座 公金	☑ 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。

該当するものに〇印をつけてください。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。

振込先口座	⓬ 〇　〇	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	×× 本店・支店（　） 金融機関コード　支店コード	預金種別	普通 当座（　）
口座番号（左詰め）	0 1 2 3 4 5 6				
口座名義人（カタカナ）	エトゞ　ハナコ				
	口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は１字あけてください。				

上記のとおりに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。

⓭ 令和　〇年　×月　△日

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

申請者　住所　三鷹市野崎〇－〇－〇

⓮ 氏名　江戸　花子

⓯ 連絡先　（0422）45－1151

OP　2024/10/2

❶　マイナンバーカードや通知カードをご覧になり「個人番号」をご記入ください。

❷　保険証等をご覧になり「被保険者番号」をご記入ください。

❸　氏名と生年月日をご記入ください。

❹　装具の作成が、入院時か外来か〇をつけてください。

❺　保険証が 1 割負担の方は「9」に 2 割負担の方は「8」に 3 割負担の方は「7」に〇をつけてください。

❻❼　医師の指示書（治療用装具製作指示装着証明書）に記載の「治療遂行上、必要を認めた年月日」をご記入ください。

❽❾❿　医師の指示書（治療用装具製作指示装着証明書）に記載の内容のとおりご記入ください。

⓫　発病または負傷の理由として、第三者の介入による場合（交通事故など）には「1」に〇をつけ加害者の氏名・住所をご入ください。第三者の介入がない場合には「2」に〇をつけてください。

⓬　「公金受取口座」「振込先口座」欄のどちらか一方にご記入ください。

＜マイナポータルに登録した公金受取口座へ振込を希望する方へ＞

- 公金受取口座欄の□にレ点チェックを付け、振込先口座欄は記入しないでください。【必須】
- 個人番号（マイナンバー）欄❶を記入してください。【必須】
- 申請者欄⓮⓯には被保険者本人の情報を記入してください。【必須】

※　被保険者本人のみがご利用できます。同世帯員や相続人の方の公金受取口座はご利用できません。

※　マイナポータルに口座を登録していない場合はご利用できません。

＜公金受取口座以外へ振込を希望する方へ＞

振込先口座欄に、金融機関、支店、預金種別、口座番号、口座名義をご記入ください。被保険者本人名義以外の口座を指定する場合、受領についての委任状が必要です。

⓭　提出日、郵送の場合は投函日をご記入ください。

⓮　被保険者本人の住所と氏名をご記入ください。

⓯　市役所から連絡してよい電話番号をご記入ください。ご家族の連絡先などの場合は、その旨を書き添えてください。