

療養費支給申請書記入例(治療用装具の場合)

別記第26号様式(第21条、第22条、第24条関係)

後期高齢者医療 療養費支給申請書											
受付日 平成 年 月 日		決定日 平成 年 月 日		保険者番号 3 9 1 3 2 0 4 8		個人番号 ① 1234 5678 9012		被保険者氏名 ② 江戸 花子		生年月日 ③ 明治 大正昭和 6年 7月 7日	
公費負担者番		公費支給者番		療養を受けた		入院・外 ④ 入外		割合 ⑤ 7・8・9割		診療年月 ⑦ 令和 〇年 〇月	
診療日数		療養期間 ⑥ 令和 年 月 日 まで		傷病名 ⑧ 変形性膝関節症		診療を受けた医療機関等の所在地 ⑨ 三鷹市下連雀〇-〇-〇		診療を受けた医療機関名又は施術 ⑩ 〇〇整形外科		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 ⑪ 1 第三者行為 (交通事故等) ② その他 (自損事故・疾病等)		相手方氏名: 住所 ()		療養に要した費用額		食事回数		審査認定額 ※ 1		療養に要した費用額	
一部負担金		支給金額		食事標準負担額		振込先 ⑫ みずほ		銀行 三鷹 支店		預金種別 ⑬ 普通	
口座番号 0 1 2 3 4 5 6		フリガナ (口座名義人) エト ミ ハナコ		口座名義人はカタカナで上段より左づ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。		口座番号		支店コード		当座	
⑬ 令和 〇年 〇月 〇〇日		東京都後期高齢者医療広域連合長あて		⑭ 申請者 住所 三鷹市野崎×-×-×		氏名 江戸 花子		⑮ (0422) 45- 〇〇〇〇			

① マイナンバーカードや通知カードに記載のある、12桁の個人番号をご記入ください。

② 保険証上部に記載のある、8桁の“被保険者番号”をご記入ください。

③ 氏名と生年月日をご記入ください。

④ 入院での作成か外来での作成か、○をつけてください。

⑤ 払い戻しの割合に○をつけてください。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○をつけてください。

⑥ 医師の指示書(治療用装具製作指示装着証明書)に記載のある、「治療遂行上、必要を認め」た年月日をご記入ください。

⑦ 医師の指示書(治療用装具製作指示装着証明書)に記載のある、「治療遂行上、必要を認め」た“年月”をご記入ください。

⑧ 医師の指示書(治療用装具製作指示装着証明書)に記載のある、“疾病名”をご記入ください。

⑨⑩ 医師の指示書(治療用装具製作指示装着証明書)に記載のある、“医療機関所在地”、“医療機関名”をご記入ください。

⑬ 提出日、郵送の場合は投函日をご記入ください。

⑮ 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。

⑪ 発病または負傷の理由として、加害者の介入による場合(交通事故など)には、「1」に○をつけ、加害者の氏名・住所をご記入ください。加害者の介入がない場合には、「2」に○をつけてください。

⑫ “被保険者本人”名義の振込先の口座情報をご記入ください。“代理人”名義への振込には、委任状の添付が必要です。

⑭ “被保険者本人”の住所と氏名を記入してください。代理人が申請する場合(記入済の申請書類を提出のみ代行する場合、申請書類を代筆する場合を除く)は、委任状が必要です。