

後期高齢者医療
療養費支給申請書(補装具)

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

| | | | |
|---------|-----|--------|------------|
| 保険者番号 | | 個人番号 | |
| 被保険者番号 | | 被保険者氏名 | |
| 公費負担番号 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 公費受給者番号 | | 区分 | 入院・外来 負担割合 |
| 診療年月 | 年 月 | 療養期間 | 年 月 日 から |
| 診療日数 | 日 | | 年 月 日 まで |

| | |
|------------------|--|
| 傷病名 | |
| 診療を受けた医療機関等の所在地 | |
| 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 | |
| 発病又は負傷の理由 | |

| | | | |
|-----------|--|-----------|--|
| 療養に要した費用額 | | 審査認定額 ※ 1 | |
| 一部負担金 | | 支給金額 | |

下記口座への振込を希望します。

※下記口座情報記載必要

給付金等の受取口座として国に登録した「公金受取口座」への振込を希望します。

※下記口座情報記載不要(マイナポータル等による事前登録が必要です。)

| | | | | | |
|-----|------|-----|-----------------|--------|--|
| 振込先 | 銀行 | 本店 | 普通 当座 () | 口座番号 | |
| | 信用金庫 | 支店 | | (フリガナ) | |
| | 信用組合 | 出張所 | | 口座名義人 | |
| | 協同組合 | | | | |
| | () | | | | |

| | | |
|-------------|---------------|--------------|
| 担当医師 記入欄 | 採寸・採型年月日 | 補装具を必要と認めた理由 |
| | 年 月 日 (入院・外来) | |
| | 年 月 日 | |
| | 医療機関等名 | 担当医師名 |

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。

年 月 日 申請者 住所

福島県後期高齢者医療広域連合長 氏名

電話番号 () -

| | |
|-----|--------------------------------------|
| 委任欄 | 年 月 日 委任者 住所 |
| | (自署) 氏名 |
| | 私(申請者)は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。 |
| | 代理人 住所 |
| | (自署) 氏名 |