

補 装 具 記 入 例

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

12桁の「個人番号(マイナ
バー)」を記入してください。

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

被保険者本人について
記入してください。

保険者番号	3	9	1	3	2	0	1	4	個人番号(マイナンバー)												
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	療養を受けた	被保険者氏名	八王子 太郎										
公費負担番号	被保険者本人の「被保険者証」に記載された8桁の被保険者番号を記入してください。									生年月日	明	・	大	・	昭	●	年	●	月	●	日
公費負担番号										入院	・	外来	割合	9or8or7割							

記入不要

「入院・外来」に○をして
ください。(装具製作時)

保険証の割合が
1割→9割
2割→8割
3割→7割

種類	補装具
傷病名	別紙 証明書のとおり
診療を受けた医療機関	相手方のある事故などは1に○、それ以外は2に○をしてください。
診療を受けた医療機関	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 相手方 2: その他(自損事故・疾病等)

記入不要

文 結 金 額
該当するものに○を付けてください。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。

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座を利用し ※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、 ※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	公金受取口座を利用する場合は、 4か所のチェックボックス全てに ☑が付かない場合、受付できません。
確認事項	<input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)を本申請書に記入しました。 <input type="checkbox"/> マイナポータル上で公金受取口座の登録は完了しています <input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)カード両面の写しを添付しました。	

振込先	銀行 信用組合 信用金庫 協同組合	本店・支店 ()	預金種別 普通 当座 ()
	八王子	高尾	

振込先の金融機関名、支店名、預金
種別、口座名義人、口座番号を記入
してください。

口座番号等 左詰めで記載してください	1	2	3	4	5	6	7	※ゆうちょ銀 (3桁の漢数字)
口座名義人 (カタカナ)	ハチ オウ シ “ タ ロ ウ							

申請書の記入日を記入して
ください。

本人以外の口座を指定する場合は
裏面委任状を記入してください。

上記の日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。
●年 ●月 ●日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住 所 八王子市●●町●-●

被保険者本人について、記入してくだ
さい(代筆可)。
(成年後見人や相続人の申請を除く)

氏 名 八王子 太郎

連絡先 123-4567

【添付書類】

- ① 医師の証明書(原本)
- ② 領収書(原本)・明細書(あれば)
- ③ マイナンバーカードの両面写し
- ④ (靴型のみ)装具の写真

※裏面に委任状あり

申請者	申請者の本人確認が1点で完了するもの						申請者の本人確認が2点で完了するもの						
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他官公署発行の氏名・	<input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 介護負担割合証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 障害者手帳	住所or生年月日と顔写真付	<input type="checkbox"/> 限度額(減額)証	<input type="checkbox"/> マル都医療券	住所or生年月日記載書類
	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> 在留カード	()	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> マル障医療券	()							

委任状

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

申請または振込口座が被保険者本人でない場合は記入してください。

私は次の者

住所 八王子市▲▲町▲-▲

氏名 八王子 花子 委任者との関係 子

を代理人（受任者）と定め、下記の権限を委任します。

記

該当する番号に○をしてください。

- ① 後期高齢者医療給付金の申請に関すること。
- ② 後期高齢者医療給付金の受領に関すること。
- ③ 後期高齢者医療給付金の申請及び受領に関すること。

●年 ●月 ●日

委任者

住所 八王子市●●町●-●

氏名 八王子 太郎

連絡先電話番号 1 2 3-4 5 6 7