

補 装 具 記 入 例

別記第26号様式（第21条、第22条、第2

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

12桁の「個人番号（マイナンバー）」を記入してください。

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|---------------|--------|--------|---|
| 保険者番号 | 3 | 9 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 4 | 個人番号 | | | | |
| 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 | | |
| 公費負担者番号 | 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 | ● | ● | ● |
| 公費受給番号 | | | | | | | | | 入院 | 外来 | 割合 | 9か8か7割 | |

被保険者本人について記入してください。

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。

記入不要

「入院・外来」に○をしてください。（医師の指示書を確認）

「割合」…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 証明書のとおりに |
| 診療を受けた医療機関等の所在地 | 別紙 証明書のとおりに |
| 診療を受けた医療機関名又は施術師 | 別紙 証明書のとおりに |
| 支給申請をした理由 | 治療上 |
| 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） |

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。

| | | | |
|---|------|--|--|
| 療養に要した費用額 | 記入不要 | | |
| 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。 | 記入不要 | | |

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 | 八王子 | 銀行 | 信用組合 信用金庫 協同組合 | 高尾 | 本店・ 支店 () | 預金種別 | 普通 当座 |
| 口座番号等 左詰めで記載してください | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 口座名義人 (カタカナ) | ハチ オウ シ タ ロ ウ | | | | | | |

※ゆうちょ銀行を希望の場合は、支店名に振込用の店名・店番（3桁の漢数字）と口座番号（7桁の数字）をご記入ください。

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。

申請書の記入日を記入してください。

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字空けてください。

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。

R●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 医師の指示書（原本）
- ② 領収書（内訳込み）
- ③ （靴型のみ）装具の写真

本人確認が2点で完了するもの

- | | | |
|-------|--------------------------|-------------|
| 年金手帳 | <input type="checkbox"/> | 児童扶養手当証書 |
| 保険証 | <input type="checkbox"/> | その他 官公署から発行 |
| 介護保険証 | () | |

(用紙規格 A4)

※裏面に委任状あり

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 来た方 | 本人確認 |
| <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 個人カード |
| <input type="checkbox"/> 世帯員 | <input type="checkbox"/> 運転免許 |
| <input type="checkbox"/> 代理人 | <input type="checkbox"/> パスポート |

委任状

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。

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

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。

R●年 ●月 ●日

委任者

住所 八王子市●●町●-●

委任状には押印が必要になります。

氏名 八王子 太郎 印

連絡先電話番号 123-4567