

様式第25号の2(第13条関係) 後期高齢者医療
療養費支給申請書(補装具)

記入例

受付日 令和 年 月 日
決定日 令和 年 月 日

保険者番号										個人番号									
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7		被保険者氏名	広域 太郎								
公費負担番号										生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日								
公費受給者番号										区分	入院	外来	負担割合	1割					
診療年月	令和〇〇年〇〇月									療養期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から								
診療日数	〇	〇	日								令和〇〇年〇〇月〇〇日 まで								

傷病名	腰椎圧迫骨折																		
診療を受けた医療機関等の所在地	福島市〇〇町〇〇番〇〇号																		
診療を受けた医療機関名又は施術師	広域クリニック																		
支給申請をした理由	高齢者の医療の確保に関する法律に基づき保険給付を受けるため																		
発病又は負傷の理由	不明 第三者行為無し																		

療養に要した費用額				1	0	0	0	0	審査認定額※	1									
一部負担金				1	0	0	0	0	支給金額					9	0	0	0		

振込先	銀行	本店	普通	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	信用金庫	支店	当座	(フリガナ)	コウイキ タロウ							
	信用組合	出張所		金融機関・支店コードは必ず記入してください。								
	協同組合			広域 太郎								
	()	1	1	1	1	—	2	2	2			

担当医師記入欄	採寸・採型年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 (入院・外来)																	
	補装具を必要と認めた理由	上記傷病の治療のため、腰椎装具の装着を要す。																	
	令和〇〇年〇〇月〇〇日																		
	医療機関等名	広域クリニック										担当医師名	中町 一郎						

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。
〒960-8043
令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 福島市中町2番8号 広域マンション202
福島県後期高齢者医療広域連合長 様 氏名 広域 太郎
電話番号 (024) 528 - 9025

委任欄	令和〇〇年〇〇月〇〇日	委任者 住所																	
		(白署) 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	代理人 住所																	
		(自署) 氏名																	

被保険者以外の口座を指定する場合は必ず記載してください。

受付欄	個人番号の確認	☐ 個人番号カード・通知カード	☐ その他 ()
	個人番号の本人確認	☐ 個人番号カード	☐ 運転免許証 ☐ その他 ()
	個人番号の代理権確認	☐ 委任状	☐ 被保険者証 ☐ その他 ()