

【記入例(補装具)】

高齢重度障害者医療費支給申請書

受給者証の2段目に記載されている7桁の受給者番号を記入してください。
※16~で始まる7桁の数字

助成対象者の氏名・性別・生年月日を記入してください。	加東 花子 (男)女		受給者番号	1612345	
助成対象者の生年月日	大正昭和 12年12月12日		医療機関が発行した同意書の日付の属する月を記入してください。		
後期高齢者医療被保険者証(薄紫色の保険証)に記載されている、被保険者番号を記入してください。 ※被保険者番号は被保険者証の住所記載欄の上部に記載されている番号です。	兵庫県後期高齢者医療広域連合 (39282280)				
被保険者番号	12345678		診療月	令和 4年10月分	
療養で	1 証未提示 2 県外受診 3 補装具 4 アンマ・マッサージ 5 ハリネ等の他 3の補装具にマル				
機関名	兵庫 並 種別		1 普通 2 当座		
ゆうちょ 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店	口座番号	1234567		
	支店	フリガナ	カトウ ハナコ		
	出張所	口座名義人	加東 花子		
加東市	支給される療養費を受け取るための金融機関の口座情報を記入してください。 (受給者の本人名義の口座情報を記入してください) 上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。				
申請日を記入			→令和 年 月 日		
申請者の住所・氏名・電話番号を記入して下さい。 電話番号は平日昼間に連絡がとれる番号をご記入ください(携帯電話番号推奨)		申請者	住所	加東市社50	
			氏名	加東 花子	
			電話番号	(090) 1234 - 5678	

- ※ 添付書類 ・保険医療機関等において発行された領収書
- ・医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給明細書

下記のとおり決定します。

医療機関・薬局等の名称	診療年月日	日数	表別	入外区分	総医療費	療養費等 保険者給付額	本人支払額 (1・2・3割)	付加給付額 高額療養費	一部負担金	支給決定額
	年 月 日		医科	入院	点×10円					
記入不要										
										(年 月 日支給)

【記入例(県外受診)】

高齢重度障害者医療費支給申請書

受給者証の2段目に記載されている
7桁の受給者番号を記入してください。
※ 16~で始まる7桁の数字

助成対象者の生年月日	加東 花子 (男)女	受給者番号	1612345
後期高齢者医療被保険者証(薄紫色の保険証)に記載されている、被保険者番号を記入してください。 ※被保険者番号は被保険者証の住所記載欄の上部に記載されている番号です。	大正昭和 12年12月12日	兵庫県後期高齢者医療広域連合 (39282280)	※ひと月の受診分に対して、1枚の申請書が必要です。複数月にわたって申請を行う場合は、必要な月数分の申請書を印刷し、各月ごとに申請書を作成してください。
療養費で	番号 1 2 3 4 5 6 7 8	1 証未提示 2 県外受診 3 補装具 4 アンマシム 5 マル 6 その他 2の県外受診にマル	診療月 令和 4年10月分
銀行 本店 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 信用金庫 支店 フリガナ カトウ ハナコ 信用組合 出張所 農業協同組合	機関別 1 普通 2 当座	口座名義人 加東 花子	
加東市	支給される療養費を受け取るための金融機関の口座情報を記入してください。 (受給者の本人名義の口座情報を記入してください) 上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。		
申請日を記入 → 令和 年 月 日			
申請者の住所・氏名・電話番号を記入して下さい。 電話番号は平日昼間に連絡がとれる番号をご記入ください(携帯電話番号推奨)	申請者	住所 加東市社50 氏名 加東 花子 電話番号 (090) 1234 - 5678	

※ 添付書類 ・保険医療機関等において発行された領収書
・医療保険が療養費払いの場合には、療養費支給明細書

下記のとおり決定します。

医療機関・薬局等の名称	診療年月日	日数	表別	入外区分	総医療費	療養費等 保険者給付額	本人支払額 (1・2・3割)	付加給付額 高額療養費	一部負担金	支給決定額
記入不要										
										(年 月 日支給)