

補装具(療養費)の支給申請について

医師が必要と認めたコルセットなどの補装具を購入したときは、いったん医療費の全額を負担します。その後、東京都後期高齢者広域連合へ申請し認められると、一部負担金相当額を差し引いた金額が払い戻されます。

- ①「記入例」を参考に、ダウンロードした申請書に記入してください。
※ご家族等の代筆も可能です。
- ②装具装着証明書（診断書・意見書の場合もあります）
- ③補装具の領収書・明細書（明細書は領収書に記載されていることがあります）

①から③を国保年金課後期高齢者医療係あて、お送りください。
なお、領収書返却希望の場合は、宛名を記載し切手を貼った返信用封筒を同封願います。

切り取ってお使いください

〒153-8573
目黒区上目黒2丁目19番15号
目黒区国保年金課
後期高齢者医療係 行

※ 注意

補装具領収書の領収日が医師の装具装着証明書の記入日と同日、または後日となっているか確認してください。

補装具領収書の領収日が医師の装具装着証明書の記入日より以前の日付のものは受付できません。

ご不明な点は、下記までお尋ねください。

国保年金課後期高齢者医療係

電話：03-5722-9838

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 1 3 1 1 0 7	個人番号					
被保険者番号		受 療 け 養 た を	被保険者氏名				
公費負担者番号			生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
公費受給者番号			入 外	入院	外来	割 合	割
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				

種 類	補 装 具
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	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審査認定額 ※ 1		療養に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			

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。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	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。
-------	---------------

口座名義人 (カタカナ)					
-----------------	--	--	--	--	--

口座名義人は、カタカナで上段から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。

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

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

申請者 住 所

氏 名

日中の連絡先

記入例

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

補装具作成時、入院か外来か記入してください。

保険者番号	3	9	1	3	1	1	0	7	療養を受けた	被保険者氏名	広域 太郎		
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7		生年月日	T 15年	5月	15日
記入不要										入 外	外来	割 合	割

種 類	補装具
記入不要	
記入不要	

発病又は負傷の理由を選択してください。

発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等）	2：その他（自損事故・疾病等）
-----------	----------------	-----------------

記入不要

該当するものに○をつけてください。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。

振 込 先	東京広域	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店 ()	支店 ()	預金種別	普通 当座 ()
	飯田橋			記入不要		

口座番号等 左詰記載して下さい	0	1	2	3	4	5	6	
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ		サ	チ	コ

* 口座番号が7桁未満の場合は、はじめに0(ゼロ)を加えて7桁にしてください。
* 口座名義人が申請者と異なる場合は委任状を添付してください。
* 「総合口座」の場合、普通・当座・貯蓄のいずれかを記入してください。
* ゆうちょ銀行の支店名は漢数字三文字(例 ○ ○八)を記入してください。

* 申請者は被保険者本人名
* 連絡先は昼間連絡がつく電話番号

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類

申請者 住所 東京都千代田区飯田橋〇-〇-〇
氏名 広域 太郎
日中の連絡先 03-3222-〇〇〇〇