

【記入例】

補装具 (治療用装具)

装具の領収書の金額
※代引き手数料などは除く

自己負担（割合）の金額

保険給付を申請する金額
3割負担の人：7割の金額
2割負担の人：8割の金額
1割負担の人：9割の金額

申請者氏名は
被保険者のお名前

※ 被保険者が亡くなっている場合は
相続人代表のお名前を記入して
ください。
その場合は、別途「誓約書」が必要
となりますので、提出先市区町村に
ご相談ください。

後期高齢者医療 療養費等支給申請書																	
受付日 決定日		年		月		日		個人番号									
保険者番号		1		2		3		4		5		6		7		8	
被保険者番号		1		2		3		4		5		6		7		8	
公費負担者番号																	
公費受給者番号																	
診療年月		令和 6 年		5 月				療養期間		令和 6 年		5 月		8 日		から	
診療日数		01 日								年		月		日		まで	
種 類		補装具															
傷 病 名		右変形性膝関節症															
診療を受けた医療 機関等の所在地		大阪府〇〇市△△●丁目●番●号 (←病院の住所)															
診療を受けた医療 機関名又は施術師		〇〇整形外科 (←病院のお名前)															
支給申請をした 理由		1:負担区分誤り 3:その他(急病等) () 2:装具装着															
発病又は負傷の 理由		1:第三者行為(交通事故等) 2:自損事故・疾病等 3:業務上の事故 4:その他()															
療養に要した費用額		1		0		0		0		0		食 事 回 数					
自己負担額		1		0		0		0		0		療養に要した費用額					
一部負担金		1		0		0		0		0		食事標準負担額					
支給金額		9		0		0		0		0							
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		〇〇〇〇		銀 行		信用金庫		△△		本店		支店		預 金 種 別		普通 当座	
口座番号等 左記記載して下さい		1		2		3		4		5		6		7			
口座名義人 (カタカナ)		コ		ウ		イ		キ		タ		ロ		ウ			
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・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。																	
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。																	
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 令和 6 年 7 月 3 日																	
申請者(被保険者又は相続人代表)																	
郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 住 所 大阪府〇〇市△△●丁目●番●号																	
氏 名 広 域 太 郎 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇																	
委任状欄		年 月 日 (口座名義人) 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を.....に委任します。 委任者 住 所 (申請者) 氏 名 (申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)															

装具が必要と診断された時が
入院中 : 入
外来 : 外

保険給付の割合です。
3割負担の人：7
2割負担の人：8
1割負担の人：9

委任状欄は、
申請者と異なる名義の口座
を記入した場合に記入。
※申請者が手書きしない場合は、
押印が必要です。