

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 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		被保険者氏名	広域 太郎		
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	生年月日	大正 年 月 日		
公費負担番号		区分	入院	外来	負担割合
公費受給者番号		療養期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
診療年月	平成 年 月				
診療日数	日				

傷病名	変形性膝関節症				
診療を受けた医療機関等の所在地	福島県福島市 町 番号				
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より立て替え払いとするため				
発病又は負傷の理由	特になし				

銀行・支店コードは必ず記入してください。

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	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	()	口座名義人	広域 太郎
	協同組合				
	()	1 1 1 1 2 2 2			

担当医師記入欄	補装具装着年月日	補装具を必要と認めた理由
	平成 年 月 日 (入院・外来)	変形性膝関節症治療のため膝装具の装着を要す
	平成 年 月 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
平成 年 月 日 申請者 住所 福島県福島市中町8番2号

福島県後期高齢者医療広域連合長 氏名 広域 太郎
電話番号 (0248) 528 -

委任欄	平成 年 月 日 委任者住所
	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委任します。
	申請者以外の口座を指定する場合は、必ず記入してください。
	代理人住所
	氏名

