

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

保険者番号	3	9	1	3	1	1	0	7	個人番号（マイナンバー）									
被保険者番号									療養を受けた	被保険者氏名								
公費負担者番号										生年月日	年 月 日							
公費受給者番号										入外区分	入院・外来	給付割合	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）	

[illegible]

公金受取口座		□<u>マイナポータルに登録した公金受取口座</u>を利用します（<u>被保険者本人</u>のみ利用可） ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは<u>被保険者本人</u>のみです。 ※<u>マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。</u>									
振込先	銀行	本店・支店						預金種別	普通当座		
	信用金庫	()									
	信用組合										
	協同組合										

[illegible]

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

連絡先

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

公金受取口座利用希望の場合は、
個人番号(マイナンバー)の記載が
必要となります。

受付日 決定日	年	月	日																
保険者番号	3	9	1 3 1 1 0 7	個人番号 (マイナンバー)															
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	療養を 受けた	被保険者氏名	目黒 太郎								
公費負担者番号										生年月日	昭和 24 年 4 月 1 日								
公費受給者番号										入外区分		入院・外来		給付割合					
診療年月									療養期間										
診療日数																			

種 類	
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	

公金口座の利用希望で☑をした場合、「振込先」欄の記載
はしないでください。
両方の記載がある場合は、公金受取口座が優先されま
す。
被保険者本人以外の方の公金受取口座は、受領に関して
の委任状があってもご利用いただけません。

療養に要した費用額	食 事 回 数
審 査 認 定 額	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。

公金受取口座	☒ マイナポータルに登録した公金受取口座を利用します（被保険者本人のみ利用可） ※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は☑を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。 ※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。 ※マイナポータルに口座を登録していない場合や、被保険者本人以外の方の口座は利用できません。										
振 込 先	東京広域		銀 行		本店・支店				預 金 種 別	普通 当座 ()	
			信用金庫		()						
口座番号 (左詰め)		0	1	2	3	4	5	6			
口座名義人 (カタカナ)		メ グ ロ タ ロ ウ									

口座名義人欄は、カタカナで上	*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 ○〇八)を記入してください。
上記のとおり療養に要した費	
年 月 東京都後期高齢者医療広域	

*申請者は被保険者本人
*連絡先は日中連絡がつく電話番号

氏 名	
連絡先	