

【記入例】

後 期 高 齢 者 医 療

【一般診療】

給 申

保険者番号・被保険者番号を記入してください。(お手持ちの保険証に記載)

被保険者の氏名と生年月日の記入をお願いします。

保険者番号	3 9 3 3 ○ ○ ○ ○	被保険者氏名	広域 太郎
被保険者番号	0 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	療 養 期 間	明・大(昭) 3 年 4 月 1 日
公 公	入院・外来、割合に○をつけてください。	入院	(外来) 割合 (1割) 3割
診療年月	3 年 5 月	療養期間	3 年 5 月 1 日 から
診療日数	1 日		3 年 5 月 1 日 まで

種 類	(一般診療) 補装具 生血	領収書や診療報酬明細書(レセプト)記載の、診療年月や診療年月、療養期間、傷病名を記入してください。
傷 病 名	左第五肋骨骨折	
診療を受けた医療機関等の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町△△番地	医療機関の所在地と名称を記入してください。
診療を受けた医療機関名又は施術師	後期病院	
支給申請をした理由	例：保険証の提示ができなかったため	
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)	

支給申請をした理由(全額自己負担した理由)を記入してください。

負傷や発病の理由が第三者によるものである場合は「1」、その他の場合(自損事故や疾病等)は「2」に○をしてください。

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	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	岡 山	本店・支店 ()	預金種別 (普通) 当座 貯蓄
口座番号 左詰記載して下さい	1 2 3 4 5 6 7	ご希望の金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義人を記入してください。(名義人はカタカナでの記入、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は一字あけてください。)		
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

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。

令和3年6月1日
岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (被保険者) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
氏名 広域 太郎 印
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

申請年月日と住所氏名の記入をしてください。また、日中連絡の取ることのできる電話番号の記入をお願いします。

申請者と口座名義人が同じ場合、「申請者欄」の押印は省略できます。

※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。
上記、療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。

令和3年6月1日

申請者 (被保険者) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
氏名 広域 太郎 印

代理人 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
氏名 広域 花子 印

振込先を申請者以外(代理人)にする場合は、申請者欄・委任状欄に申請者と代理人の住所氏名の記入、押印をしてください。

【記入例】

後 期 高 齢 者 医 療

【補装具】

給 申

保険者番号・被保険者番号を記入してください。(お手持ちの保険証に記載)

被保険者の氏名と生年月日の記入をお願いします。

保険者番号	3 9 3 3 ○ ○ ○ ○	被保険者氏名	広域 太郎
被保険者番号	0 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	明・大(昭) 3 年 4 月 1 日	
公 公	入院・外来、割合に○をつけてください。	入院(外来)	割合 (1割) 3割
診療年月	3 年 5 月	療養期間	令和3 年 5 月 1 日 から
診療日数	1 日		

療養期間の欄には、補装具の装着の必要を認めた日のみ(または、装着指示書作成日)を記入してください。

種 類	一般診療 (補装具) 生血
傷 病 名	左第五肋骨骨折
診療を受けた医療機関等の所在地	○○県○○市○○町△△番
診療を受けた医療機関名又は施術師	後期病院
支給申請をした理由	治療用装具が必要なため
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等)

申請には、以下の書類の添付が必要です。
・補装具が治療のために必要であることを証明する、保険医療機関が交付する証明書。(「意見書及び装着証明書」、「弾性着衣等装着指示書」など。医療機関により名称が異なります。)

- ・補装具業者が発行する領収書(担当義肢装具士の氏名を記載のもの)
- ・使用部材の明細書
- ・靴型装具の場合は、該当装具の写真

療養に要した費用額										食
審査認定額										食
一部負担金										食
支給金額										食

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	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	岡 山	本店(支店) ()	預金種別 普通 当座 貯蓄
口座番号 左詰記載して下さい	1 2 3 4 5 6 7	ご希望の金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義人を記入してください。(名義人はカタカナでの記入、濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は一字あけてく		
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。

令和3 年 6 月 1 日

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (被保険者) 住所 ○○県○○市○○町○○番地

氏名 広域 太郎 印

電話番号 ○○○-○○○-○○○○

申請年月日と住所氏名の記入をしてください。また、日中連絡の取ることのできる電話番号の記入をお願いします。

申請者と口座名義人が同じ場合、「申請者欄」の押印は省略できます。

※申請者と口座名義人が異なる場合に記入してください。
上記、療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。

令和3 年 6 月 1 日

申請者 (被保険者) 住所 ○○県○○市○○町○○番地

氏名 広域 太郎 印

代理人 住所 ○○県○○市○○町○○番地

氏名 広域 花子 印

振込先を申請者以外(代理人)にする場合は、申請者欄・委任状欄に申請者と代理人の住所氏名の記入、押印をしてください。