

補装具記入例 (太枠内をご記入ください)

受付日	年	月	日																		
決定日	年	月	日																		
保険者番号	3	9	1	3	2	0	8	9	個人番号 (マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	被保険者氏名	広域 次郎											
公費負担者番号									生年月日	昭和10年 6月 5日											
公費受給者番号									入外区分	入院	外来	給付割合	9割								
診療年月	年	月	日	から	年	月	日														

- 被保険者番号・個人番号 (マイナンバー)・氏名・生年月日 を記入ください
- 入院・外来のどちらかに○を付けてください (証明書の装具を必要と認めた日)

資格確認書の負担割合が
1割なら9
2割なら8
3割なら7
を記入ください

種類	補装具
傷病名	別添証明書のとおり
診療を受けた医療機関等の所在地	別添証明書のとおり
診療を受けた理由	第三者行為 (交通事故等) の場合は1に○を それ以外の場合は2に○をつけてください
支給申請をした理由	治療上必要な装具を作成したため
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)

- マイナポータルに登録した公金受取口座を利用される場合は、を入れて、振込先口座は記入しないでください。(被保険者本人のみ利用可)
 - それ以外の方は、被保険者本人名義の口座情報 [金融機関名 支店名 預金種別 口座番号 口座名義人 (カタカナ)] を記入ください
- ※被保険者本人名義でない場合は委任状が必要

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	調布	本店・支店	預金種別	普通当座									
口座番号 (左詰め)	1	2	3	4	5	6	7								
口座名義人 (カタカナ)	コウイキシロウ														

口座名義人欄は、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。上記のとおりに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6年 10月 1日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

被保険者本人の住所 氏名 連絡先
をご記入ください。
※被保険者本人でないときは委任
状が必要です

申請者

住所 調布市小島町2丁目35番地1
氏名 広域 次郎
連絡先 (電話) ※※※-※※※-※※※※