

①被保険者証に記載されている被保険者番号、氏名、生年月日を記入して下さい。

【入外】

- ・補装具を作成した時に入院していた方は『入』
- ・入院せず外来で作成した方は『外』

【割合】

被保険者証の一部負担金の割合が

- ・1割の場合→『9』
- ・3割の場合→『7』

後 期
療 養

受付日 令和 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	39112123	療 受	被保険者氏名	松山 太郎		
被保険者番号	01234567	養 け	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
公費負担者番号		を た	入外	外	割合	9 割
公費受給者番号						
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	記入不要
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：自損事故 3：疾病等

②該当する理由に○をつけて下さい。

療養に要した費用	金額	合計	回数
審査認定	記入不要		
一部負担			
支給金			

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	銀 行	〇〇	本店・支店	預 金	普通	
		信用金庫		()	金	当座	
		信用組合					
		協同組合					
口座番号等 左詰記載して下さい	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 (カタカナ)	マ	ツ	ヤ	マ	タ	ロ	ウ

③振込先にゆうちょ銀行を指定される方は支店名にご注意下さい。

【例】
誤：東松山支店
正：038

詳しくは通帳をご確認下さい。

なお、本人以外の口座を指定される方は委任状が必要になります。

④申請日を記入して下さい。

埼玉県後期高齢者
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

年 月 日

申請者 住 所 東松山市〇〇 1-2-3
氏 名 松山 太郎
電話番号 1234-56-7890

⑤申請者＝被保険者なので、①で記入した被保険者と同じ方の郵便番号、住所、氏名、電話番号(日中連絡が取れる番号(代理人の番号でも可))を記入して下さい。