

医師の証明書の日付時点で
入院していたか外来かを○
でかこんでください。

受付日 月 日
決定日 月 日

「診療年月」…医師の証明書の日付の属する月
「療養期間」…上段に医師の証明書の日付

負担割合が
「1割」の方→「9」
「2割」の方→「8」
「3割」の方→「7」
と記入してください。

該当する種類を○でかこんでください。

該当の番号に○をつけて
ください。

金額を右詰めで記入してください。

記入しない

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。

☐ 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。

口座番号が7桁未満の場合は先頭を0(ゼロ)でうめて7桁にしてください。

「総合口座」の場合、
普通・当座・貯蓄のいずれの
口座であるか確認してください。

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁音・半濁音は1字として、姓と名の間は1字あけてください。
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。

〇〇年 ΔΔ月 □□日

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

申請者 住 所 **世田谷区世田谷〇—〇—〇**

氏 名 申請者は被保険者本人氏名(相続申請時を除く)

連絡先 **日中に連絡がつく電話番号**

本人確認（職員記入欄） ☐ 資格確認書等 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）

後期高齢者医療療養費（補装具）の支給申請について

医師が必要と認め義肢装具士が作成したコルセットなどの治療用装具を購入したとき、その費用の一部が支給されます。

申請には次の書類が必要です

① 後期高齢者医療療養費支給申請書

※医師の証明書ごとに申請書が1枚必要です。不足の場合は、コピーしてご申請ください。

② 医師の証明書（意見書）

※病院発行の様式でも結構です。

③ 領収書原本（返却希望の場合はその旨のメモをつけてください。）

※明細（内訳）が領収書に記載されていない場合は、明細書の添付も必要です。

④ 委任状（本人以外の口座への振込みを指定する場合のみ必要です。）

⑤ 装具の写真（注靴型装具の場合のみ）

※個人番号（マイナンバー）確認書類として、「通知カード」または「個人番号カード」がお手元にございましたら、写しをご提出ください。「個人番号カード」の写しが無い場合は、本人確認書類として「被保険者証」、「資格確認書」、「運転免許証」等の写しを同封してください。

※支給額は、療養に要した費用から、一部負担金に相当する額を差し引いた額です。

※申請から支給（口座振込）まで、通常3か月程かかります。口座振込日の2日前頃に東京都後期高齢者医療広域連合が支給決定通知書をお送りします。

※支給の申請には時効があり、領収日の翌日から2年となります。

<問い合わせ先>

世田谷区 国保・年金課 後期高齢者医療

電話 03-5432-2390

FAX 03-5432-3005