

窓口での申請をご希望の方へ

## 療養費（補装具）の申請に必要な書類

- ① 後期高齢者医療療養費支給申請書
- ② 医師発行の治療用装具製作指示装着証明書
- ③ 領収書の原本及び内訳がわかる明細書

※ 補装具を作った所で発行したもの

※ 内訳書が別添されている場合は、内訳書もお持ちください。

- ④ 本人確認資料（資格確認書・マイナンバーカード等）
- ⑤ 被保険者本人の預金通帳

※ 通帳をお持ちにならない場合は金融機関の口座情報（金融機関名、支店名、預金種別、口座番号）がわかるものをご持参ください。

※マイナポータルに登録した公金受取口座へ振込を希望する場合、通帳は不要ですが、申請書へ個人番号（マイナンバー）の記載が必要となります。

- ⑥ 装具の写真（靴型装具を作成された方のみ）

【次に該当する場合は、事前に担当までお問い合わせください】

- ・ 本人以外の口座に振り込みを希望する場合
- ・ 本人以外の方が申請される場合

【申請場所】

- ・ 高齢医療・年金課 高齢医療係（区役所北館2階 7番窓口）
- ・ 各福祉課（中部第一、第二、千住、西部、東部、北部）

【問合せ先】

〒120-8510 足立区中央本町1-17-1  
足立区役所 区民部 高齢医療・年金課 高齢医療係  
電 話 3880-5874  
FAX 3880-5981  
Eメール korei-nenkin@city.adachi.tokyo.jp

郵送での申請をご希望の方へ

## 療養費（補装具）の申請に必要な書類

- ① 後期高齢者医療療養費支給申請書
- ② 医師発行の治療用装具製作指示装着証明書
- ③ 領収書の原本及び内訳がわかる明細書

※ 補装具を作った所で発行したもの

※ 内訳書が別添されている場合は、それもお送りください。

※ 領収書を返却希望の場合は、ご自身の住所氏名を宛名とし

110円切手を貼った封筒を必ず同封してください。

- ④ 本人確認資料（後期高齢者医療資格確認書等）の写し
- ⑤ 個人番号が確認できるもの（通知カードまたはマイナンバーカード）の写し
- ⑥ 装具の写真（靴型装具を作成された方のみ）

裏面に続きます

### 【個人番号について】

申請書には、原則、個人番号（マイナンバー）の記入が必要となりますが、未記入であっても受理いたします。個人番号を記入した場合には、個人番号の確認ができる書類および本人確認ができる書類が必要になります。また、マイナポータルに登録した公金受取口座へ振込を希望する場合は個人番号（マイナンバー）の記載が必要となります。

### 【次に該当する場合は、事前に担当までお問い合わせください】

- ・ 本人以外の口座に振り込みを希望する場合
- ・ 本人以外の方が申請される場合

### 【問合せ・郵送先】

〒120-8510 足立区中央本町1-17-1  
足立区役所 区民部 高齢医療・年金課 高齢医療係  
電 話 3880-5874  
FAX 3880-5981  
Eメール korei-nenkin@city.adachi.tokyo.jp

|         |                      |   |   |   |   |   |   |   |              |                                           |                                         |  |  |  |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |   |  |  |
|---------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|--|--|--|------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|
| 保険者番号   | 3                    | 9 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 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        | 装具作成のため |
| 発病又は負傷の理由        |         |

[illegible]

|                 |                            |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |              |  |  |  |  |  |      |                 |  |  |  |  |  |
|-----------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------|--|--|--|--|--|------|-----------------|--|--|--|--|--|
| 公金受取口座          |                            | <input type="checkbox"/> 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）<br>※マイナポータルに登録した口座を利用する場合は <input type="checkbox"/> を入れ、振込先口座(下記太枠部)は記入しないでください。<br>※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみです。<br>※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             | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合 |                                                                                                                                                                                                                                |  |  | 本店・支店<br>( ) |  |  |  |  |  | 預金種別 | 普通<br>当座<br>( ) |  |  |  |  |  |
|                 |                            |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |              |  |  |  |  |  |      |                 |  |  |  |  |  |
| 口座番号<br>(左詰め)   |                            |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |              |  |  |  |  |  |      |                 |  |  |  |  |  |
| 口座名義人<br>(カタカナ) |                            |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |              |  |  |  |  |  |      |                 |  |  |  |  |  |
|                 |                            |                                                                                                                                                                                                                                |  |  |              |  |  |  |  |  |      |                 |  |  |  |  |  |

連絡先

治療用装具製作指示装着証明書

住 所（患者様の住所）  
氏 名（患者様の氏名）  
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

疾病名及び症状等

疾病名 症状等  
(治療遂行上の必要（症状や装着目的）、修理が必要となった状況や理由等)

上記の疾病により（オーダーメイド・既製品装具／新規・修理）

(オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等)

の装着を

令和 年 月 日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め  
(義肢装具士の氏名) へ（製作・購入・修理）を指示し、  
令和 年 月 日 に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

備 考

- ※ 1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※ 2 製作を指示した義肢装具士と、適合調整した義肢装具士が違う場合は、適合調整した義肢装具士の氏名を記載。
- ※ 3 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装具士への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 年 月 日

医 療 機 関 所 在 地  
医 療 機 関 名  
医 療 機 関 電 話 番 号  
医 師 氏 名