

後期高齢者医療 療養費支給申請（治療用装具）のご案内



原則、療養費は装具を購入（装着）した被保険者に支給するため、振り込み先の口座名義人によって、手続きに必要な書類が異なります。
詳しくは下記をご確認いただき、必要書類の提出をお願いいたします。

郵送での手続きに必要なもの

振り込み先の口座が“被保険者本人”の場合

- ・ 後期高齢者医療療養費支給申請書
- ・ 申請者と被保険者の本人確認書類（写）
※申請者と被保険者が同一の場合は1部のみで可
- ・ 振り込み先の口座情報がわかるもの（写） 例：通帳やキャッシュカードなど
- ・ 医師の治療用装具制作指示装着証明書の原本
- ・ 領収書（明細がわかるもの）の原本 ※別紙明細書がある場合は明細書も必要
- ・ **返信用封筒（切手を貼った封筒に返送先を記入したもの）** ※原本書類の返却を希望する場合

振り込み先の口座が“被保険者本人以外”の場合

- ・ 後期高齢者医療療養費支給申請書
- ・ 申請者と被保険者（委任者）の本人確認書類（写）
※申請者と被保険者（委任者）が同一の場合は1部のみで可
- ・ 振り込み先の口座情報がわかるもの（写） 例：通帳やキャッシュカードなど
- ・ 医師の治療用装具制作指示装着証明書の原本
- ・ 領収書（明細がわかるもの）の原本 ※別紙明細書がある場合は明細書も必要
- ・ **委任状**
- ・ **返信用封筒（切手を貼った封筒に返送先を記入したもの）** ※原本書類の返却を希望する場合

注意事項

- ・ 提出いただきました書類に不備等ございますと、書類一式を返戻させていただく場合がございます。
- ・ 原則、本人確認書類は国または地方公共団体の機関が発行した写真付きの身分証明書等（マイナンバーカード・運転免許証・後期高齢者医療資格確認書・パスポート・身体障害者手帳・療育手帳のいずれか1点）となります。
- ・ 委任状は川西市のホームページ（ページ番号1014420）に掲載されていますが、必ずしもその様式を使う必要は無く、手書きで作成頂いても問題ありません。ただし、様式を用いずに委任状を作成される際は、委任者・受任者の情報（氏名/住所/生年月日/電話番号/続柄）や委任事項を漏れなくご記入ください。
- ・ 亡くなられたかたの療養費支給申請をする場合は受領申立書等も必要となります。詳しくは川西市役所 医療助成・年金課までお問い合わせください。
- ・ 支給予定日は不備等ない申請書一式が川西市役所 医療助成・年金課に届いた日から3ヶ月後の上旬（予定）となります。
例：申請書類が8月中に医療助成・年金課に届いた場合、支給日は11月上旬（予定）

記入例

後期高齢者医療費支給申請書

※誤って記入した場合は二重線で消して、訂正してください

個人番号	3										年	月	日	整理番号		
被保険者番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	医療種別	5	割合	7割	8割	9割
被保険者氏名 (患者名)	川西 次郎										男1	公費負担者番号				
生年月日	■年 ○月 △日										女2	受給者番号				
住民コード											後期高齢者医療 資格取得日	年 月 日				
病院 その他											氏名等が印字されている場合・・・氏名・生年月日に誤りがないか確認					
従事 また											空白の場合・・・被保険者番号、氏名などを記入 ※被保険者番号がわからない場合は空白にしてください					
1	2	3	4	5	7	8	9	1	3	4	7	9	8	0		
一般診療 国内/海外	治療用 装具	柔整	アンマ・ マッサージ	ハリ・灸	移送	その他	標準負担 差額支給	医科	歯科	調剤	9割	7割	9割	7割		
傷病名	別紙のとおり										療養等に 要した期 間	“記入日”を記入				
負傷年月日	年 月 日										療養等に要した費用		審査決定金額			
ハリ・灸・アンマ マッサージ	初検日 年 月 日 第 回															
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り込みをお願いします。																
申請者	〒 666 - ○○○○										■年 ○月 △日					
住所	川西市○○町 △-△															
氏名	川西 太郎										電話	(072) ○○○-△△△△				
											被保険者 との続柄	○△				
受取 方法	2 口座振込										必要事項を記入・該当するものに○	保険者番号	3928			
預金 種別	1 普通	○○										銀行	本店			
	2 当座	○○										信用金庫・組合	支店			
	4 貯蓄											協同組合	出張所			
口座番号	カ ワ ニ シ シ ・ ロ ウ															
口座 名義人 (カ)																
・口座名義人と被保険者(申請書上部に記載されている者)が異なる場合は 委任状等が必要です。 ※詳しくは“後期高齢者医療 療養費支給申請(治療用装具)のご案内”をご確認ください ・ゆうちょ銀行の場合は記号・番号、または口座番号(7桁)を記入 ※記号・番号を記入する場合、支店は記入不要																