様式第２９号（第１８条関係）

後　期　高　齢　者　[illegible]
療　養　費　支　給

療養を受けた被保険者の氏名
生年月日を記入してください。

受付日　　年　月　日
決定日　　年　月　日

保険者番号	3 9 1 1 2 0 1 6	個人番号			
被保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名	**後期　太郎**	
公費負担者番号			生年月日	**昭和１２** 年 **３** 月 **４** 日	
公費受給者番号			入院又は外来	(入院)・外来	割合　割
診療年月	年　月	療養期			
診療日数	1 日				

「入院」：入院中に作成した場合
「外来」：外来で作成した場合

種　類	補装具
傷　病　名	別紙のとおり
医療機関等の所在地	別紙のとおり
医療機関名又は施術師	別紙のとおり
支給申請をした理由	装具を作製したため
発病又は負傷の理由	１：第三者行為（交通事故等）　２：自損事故　(３：疾病等)

該当する理由を囲ってください。

振込先は、療養を受けた被保険者の口座となります。もし、被保険者以外の口座を指定する場合は「委任状」が必要となります。
※被保険者が既に死亡している場合は相続人代表者の口座を記入の上、【申立書】も必要となります。

該当するものに○を[illegible]該当するものがない場合は（　）内に記入してください。

振込先	**川　越**	(銀行) 信用金庫 信用組合 協同組合 （　）	**元　町**	本店・支店 （　）	預金種別：(普通) 当座 （　）
口座番号 （左詰めで記入）	０ １ ２ ３ ４ ５ ６				
口座名義人 （カタカナ）	コ ウ キ　タ ロ ウ				

□　公金受取口座を利用します。
※　給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公[illegible]
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[illegible]

申請日を記入してください。

あて[illegible]

上記のとおりに療[illegible]に要した費用に関す[illegible]

令和 **８** 年 **７** 月 **６** 日

療養を受けた被保険者の「住所、氏名、電話番号」を記入してください。
※被保険者が既に死亡している場合は相続人代表者の住所等を記入の上、【申立書】も必要となります。

申請者　住　　所 川越市 **元町１－３－１**

（被保険者名）氏　　名 **後期　太郎**

電話番号 **０４９－２２４－５８４２**

添付書類：①装具装着指示書（医師の診断書）　②領収書（写）