

補装具を作った時を
書いてください。
入院 または 外来

個人番号(マイナン
バー)を記入

保険証の記載が
1割の方は9割、
2割の方は8割、
3割の方は7割
あてはまる方を記入

保険証の番号(8ケ
タの数字)を記入

保険者番号	8 9 1 3 1 1 9 8	個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者番号	8 7 6 5 4 3 2 1	療養を受けた	被保険者氏名 板橋太郎
公費負担者番号		療養を受けた	生年月日 大正14年 1月 23日
公費受給者番号		療養を受けた	入 外 割合 割合
診療年月	記入しない		
診療日数	療養期間 記入しない		

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	治療に必要な装具を作製したため
発病又は負傷の理由	他人による負傷等の場合は記載が必要です

療養に要した費用額		食事回数	
審査認定額 ※ 1		療養に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			

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。

振込先	<input type="checkbox"/> △ <input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/> ○	銀行	<input type="checkbox"/> □ <input type="checkbox"/> ○	本店・支店	()	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		信用金庫					
		信用組合					
		協同組合					

口座番号等 左詰めで記載してください。	
口座名義人 (カタカナ)	

*口座番号が7ケタ未満の場合は頭を0(ゼロ)でうめて7ケタにしてください。
*「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 カタカナで上段から左詰めで記入してください。上記の日に療養に要した費用に関する証拠書類を

補装具を装着
した方ご名義
の口座を記入

補装具を装着し
た方のご住所・お
名前などを記入

申請者 住所 板橋区◎○町△-□○-△

氏名 板橋太郎

連絡先 8765-4321 (※電話番号を記入)

昼間連絡できるところ