

後期高齢者福祉医療費支給申請書

年 月 日

(あて先) 北名古屋市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

下記のとおり関係書類を添えて申請します。

受給者	受給者番号		加入医療保険	被保険者番号	
	氏 名			保険者名号 番 号	
	生年月日				
	住 所				
区 分	入院 ・ 入院外	療 養 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	
医療機関等	所在地 名 称				
医療費総額	円				
申請額	円				
申請理由					
振込先金融機関				口座番号	普通 当座
				フリガナ	
				口座名義人	