

後期高齢者福祉医療費支給申請書

見本

※太枠内をご記入ください。

令和 年 月 日

住所 北名古屋市

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	この欄は記入不要です。 健康保険証(写)を同封してください。
	フリガナ				保険者番号	
	氏名					
	生年月日	年 月 日	男・女			
	住所					
区分	入院・入院外	療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
医療機関等	所在地 該当するものをご記入ください					
医療費総額	【記入例】 ・県外受診のため ・治療用装具作製のため ・受給者証交付前受診 ・資格証明書発行のため					
申請額	円					
申請理由						
振込先金融機関	(金融機関名)	口座番号	普通当座			
	(支店・営業所名)	フリガナ				
	同封する領収書の枚数をご記入ください。	口座名義人				

処理欄	受付	

領収書枚数 枚

後期高齢者福祉医療費支給申請書

令和	年	月	日
----	---	---	---

(あて先)北名古屋市長

住 所	北名古屋市
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														
	フリガナ					保 険 者 名 号 ・ 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>													
	氏 名																			
	生 年 月 日	年	月	日			男・女													
住 所																				
区 分	入院 ・ 入院外	療 養 期 間	令和	年	月	日	から	令和	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	(金融機関名)					口座番号	普通 当座													
	(支店・営業所名)					フリガナ														
						口座名義人														

処理欄	受 付	

領収書枚数	枚
-------	---