様式第５（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | | **１** | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **後期高齢者福祉医療費支給申請書**  令和　　　年　　　月　　　日  犬　山　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 | 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請者との続柄 | | | | | |  | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 大正  昭和 | | | 年　 　月　 　日 | | | | | |
| 個人番号 | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  |  | | |  |
| 被保険者番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者名 | | | | 後期高齢者医療広域連合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療費総額 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | （　　　　年　　　　月診療分： 入院 ・ 入院外 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請額 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込先記入欄（１、２のいずれかに○をつけてください。２の場合は金融機関名をご記入ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １　　前回と同じ口座に振込み | | | | | | | | | | | | | | 金融  機関名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | 銀行  信用金庫  信用組合  協同組合  (　　　) | | |  | | | | | 本店  支店 | |
| ２ | 新規登録 ・ 口座変更  (いずれかに○をつけてください。) | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 普　通  当　座  () | |  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | | 口座名義 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

※この欄は記入不要です

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療費総額① | 保険給付費② | 附加給付金③ | 高額療養費④ | | | 一部負担金⑤ | | | 支給決定額(①-②-③-④-⑤) | |
| 円 | 円 | 円 | 多数該当 | | 円 | 入院 | 円 | | 円 | |
| 世帯合算 | |
| 課　　税 | | 入院外 |
| 非課税 | |
| 【療養期間】  年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで　計　　　　日  【診療科】  医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護 | | | | 【申請理由】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　医療保険の給付　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　県外で受診  □　その他（　　　　　　　　） | | | |  | | 受付印 |
| 受付 | |  |
|  | |