

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	
2 新規登録・口座変更 （いずれかに○をつけてください。）											支店	
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)		
			多数該当	円	円	円	円	円	
			世帯合算						
			課 税						
			非 課 税						
<b>【療養期間】</b> 年 月 日から 年 月 日まで 計 日				<b>【申請理由】</b> <input type="checkbox"/> 医療保険の給付 <input type="checkbox"/> 県外で受診 <input type="checkbox"/> その他（            ）				受 付 印	
<b>【診療科】</b> 医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護								受 付	