

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

犬山市長様

住所

申請者氏名 (印)

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	入院	円	円
			世帯合算		入院外		
			課税 非課税				
			【療養期間】		【申請理由】		受 付 印
			年 月 日から 年 月 日まで 計 日		<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
			【診療科】				
			医科・歯科・調剤・柔整・訪問看護				