

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等をご記入ください。）									
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 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							