

後期高齢者福祉医療費支給申請書

年 月 日

（宛先）小牧市長

申請者 住 所
 （受給者）氏 名
 電話番号 — —

次のとおり医療費を支給してください。

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|----------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|-----|-------|
| 受給者 | 受給者番号 | | | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | 生年月日 | 年 月 日 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 加入保険 | 名称 （保険者番号） | | | 記号番号 | | | | |
| | 被保険者氏名 | 1 受給者と同じ 2 () | | 附加給付の 状 況 | 有 ・ 無 | | | |
| ※ 医療 等 の 状 況 | 傷 病 名 | | | 通 院 区 分 | 入院 ・ 入院外 | | | |
| | 医 療 機 関 | | | 療 養 期 間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | |
| | 申 請 理 由 | 1 医療保険において療養費等が支給されたため 2 県外受診のため 3 その他() | | | | | | |
| | ① 医療費総額 | ② 保険者 負担割合 | ③ 負 担 額 ①×② | ④ 自己(一部) 負 担 額 ①－③ | ⑤ 高額療養費 又は附加給 付金 | ⑥ 支給申請額 ④－⑤ | | |
| | 円 | % | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| 区 分 | 1 一般 4 柔整・鍼灸 | 2 歯科 5 補装具 | 3 調剤 | 支給決定額 | | 円 | | |
| 口座振込希望の 金融機関等 | 銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合 労 働 金 庫 | | | 本 店 支 店 出 張 所 | 種 別 | 1 普 通 2 当 座 3 () | | |
| | 口座番号 | | | フリガナ | 口座名義人 | | | |
| | | | | 漢字氏名 | | | | |

[医療費の受領委任欄]

私は、この申請に係る医療費の受領を、上記口座名義の者（続柄_____）に委任します。
 受給者住所 同上・
 受給者氏名_____

（注） ※印の欄は、記入しないでください。