

様式第 4 （第9条関係）

後期高齢者福祉医療費支給申請書

年 月 日

（あて先）小牧市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号 — —

下記のとおり医療費を支給してください。

受給資格者	受給者番号							
	住 所							
	氏 名				生 年 月 日	年 月 日		
	個 人 番 号							
加入保険	名 称 (保険者番号)				記 号 番 号			
	被保険者氏名	1 受給資格者と同じ 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		
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 ()		
				口座名義人				
	口座番号			フリガナ				
				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								

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。

受 付	
--------	--