

後期高齢者福祉医療費支給申請書

令和 ×年 ○月 ×日

「申請者」「受給者」「加入保険」「口座振込希望の金融機関等」についてご記入ください。

申請者 住所 小牧市堀の内○丁目×番地
 (受給者) 氏名 小牧 花子
 電話番号 0568 - 80-××××

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	1 0 × × × × × × × ×				
	住所	① 同上 ② ()				
	氏名	小牧 花子	生年月日	昭和5年 ○月 ×日		
	個人番号	× × × × × × × × × × × ×				
加入保険	名称 (保険者番号)	小牧市後期高齢者医療 (39232194)	記号番号	0700 × × × ×		
	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	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
振込先口座の内容を記入してください		円	円	円	円	
区分	1 一般 4 柔整・鍼灸	2 外科 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	小牧	本店	種別	① 普通 ② 当座 ③ ()	
	信用金庫 農業協同組合 労働金庫	○×	支店 出張所		口座名義人	
	口座番号	フリガナ	コマキ ハナコ			
	0 6 5 4 3 2 1	漢字氏名	小牧 花子			
[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・				受給者様名義の口座でない場合は受領委任欄へご記入ください		

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

受付