

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<br>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<br>(保険者番号)     | 小牧市後期高齢者医療<br>(39232194)                      |                              |                    |                    | 記号番号           |       | 0700 × × × ×       |   |      |  |
|                                        | 被保険者氏名            | 1 受給者と同じ<br>2 ( )                             |                              |                    |                    | 附加給付の<br>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<br>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<br>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<br>①×②                 | ④ 自己(一部)負担額<br>①-③ | ⑤ 高額療養費<br>又は附加給付金 | ⑥ 支給申請額<br>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<br>4 柔整・鍼灸   |                                               | 2 外科<br>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                           | 小牧                |                                               | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合<br>労働金庫 |                    | 本店<br>○×支店<br>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               |                    | 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、日本産業規格A4とする。

受付