

後期高齢者福祉医療費支給申請書

年 月 日

稲 沢 市 長 殿

住 所
申請者
氏 名
電 話 ()

次のとおり医療費を支給してください。

受給資格者	受給者証番号	加入医療保険	保険証の記号番号			
	住 所		保 険 者 番 号			
	氏 名		保 險 者	後期高齢者広域連合		
	生 年 月 日		年 月 日			
傷 病 名	診 療 年 月 日	年 月 日	区 分	入 院	院 外	
医療機関名						
※医療点数	点	※自己負担額	円			
※高額療養費	円	※支給金額	円			
ふりがな	金融機関名	店舗名	種 別	口座番号		
口座名義人	銀行	店	普通			
	農協	支店	当座			
	信用金庫	出張所				
委任状	上記の助成金の受領を 氏名 に委任します。					
注 ※印欄は記入しないで下さい。						

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。