

様式第5 (第9条関係)

後期高齢者福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日

稲 沢 市 長 殿

住 所

申請者

氏 名

電話番号 ( ) -

次のとおり医療費を支給してください。

受給資格者	受給者番号				加入	被保険者番号			
	住 所	<input type="checkbox"/> 同上			医療	保険者番号	39		
	フリガナ				保	保険者名称	愛知県 後期高齢者 ( ) 広域連合		
	氏 名				険	保険者の所在地			
	生年月日	年 月 日			保	被保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 同左		
傷 病 名					区 分	入 院 ・ 入 院 外			
傷 病 原 因		第 三 者 行 為 ・ そ の 他 ( )							
医 療 機 関 所在地・名称					療養期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
医 療 費 総 額	保険診療総点数	自己負担限度額	付加給付金等	支 払 額	※助成金決定額				
円	点	円	円	円	円				
フリガナ	金融機関名	支 店 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 に委任します。 氏 名								
注 ※印欄は記入しないでください。				※助成決定					

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

※区分  
補装具

※医療機関  
県内・県外

※保険種別  
国保・社保・(後期)

※負担割合  
3・2・1