後期高齢者福祉医療費支給申請書

※［　　］内をもれなくご記入ください。

※複数月まとめて申請される場合も一枚の申請書で申請できます。

受給者番号			加入医療保険	被保険者証記号番号	
受給者	フリガナ			保険者名	愛知県後期高齢者医療広域連合
	氏　名			保険者番号	3 9 2 3 2 0 3 8
				資格取得日	平成・令和　年　月　日
	生年月日	大・昭　年　月　日		領収書枚数	枚
療養年月	令和	年 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12 月 年 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12 月			
申請理由	1　県外受診　2　治療用装具　3　精神通院 4　保険証・受給者証未提示　5　その他（　　）				
第三者の行為により負傷をした場合は原因を記入してください	交通事故・その他（　　）				

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成を受けた額について、保険者等より給付を受けたときは返還します。

（あて先）一宮市長　　令和　年　月　日

申請者（受給者）

住所　一宮市

氏名

日中連絡可能な電話番号　（　　－　　－　　）

受給者の方以外が手続きをされるときは届出人の住所・氏名・ご関係・連絡先を記入してください。

この申請に関するすべての責は届出人により負います。

□　申請者に同じ

届出人　住所　一宮市

申請者との関係

氏名　（　　）

日中連絡可能な電話番号　（　　－　　－　　）

（あて先）一宮市会計管理者

（申請者と口座名義人が異なる場合）

受領委任者（受給者）

支給決定金額については、下記口座へ振り込んでください。

振込先	金融機関名	支店名	科目	口座番号
	銀行・信用金庫・農協	本店・支店・出張所	普通・当座	
	金融機関コード / 支店コード	口座名義人（カタカナ）		受給者との関係
				本人・（　　）

※受領委任払の振込先は受給者の三親等以内の方の口座を記入してください。

診療月	区分	医療点数	割合	負担額	対象額	高額療養費等	支給額
						総支給額	

福祉医療	窓口課・出張所	受付者	本人確認
	尾・木・葉・西・丹・浅・北・大・今・奥・萩・千		