

## 記入例

後期高齢者福祉医療費支給申請書

令和〇年〇月〇日

江南市長

申請者住所

江南市赤童子町大堀〇〇番地

治療を受けた方(受給資格者)の住所・氏名等を記入してください。

氏名

江南 太郎

下記のとおり申請します。

電話

0587-54-1111

受給者番号	0012345		加入医療保険	被保険者番号		
受給資格者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		保険者名	愛知県(江南市)・その他	
	氏名	江南 太郎				
	生年月日	大正・昭和〇年〇月〇日				
傷病名						
医療機関	所在地	江南市布袋町××番地				
	名称	△△病院 内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局				
医療を受けた期間	令和 年 月 日から	日間		<input type="checkbox"/> 入院		
	令和 年 月 日まで			<input type="checkbox"/> 入院外		
申請理由	<input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他					
備考	振込先口座の内容を記入してください。 受給資格者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。					
振込口座	金融機関	△△△	銀行 信用金庫 農協	口座番号	普通 6543210	
	支店	〇〇〇		口座名義	(カタカナ) コウナン タロウ	

金融機関番号 ( ) 店舗番号 ( )

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

手帳・自立所持者

有効期間

令和 年 月 日

)

令和 年 月 日

限度額

円

診断書所持者

発行日

令和

年

月

日

負担区分	A I ・ A II ・ A III
	B I ・ B II
	C ・ D

入		確	
力		認	

後期高齢者福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日

江南市長

申請者 住所

氏名

下記のとおり申請します。

電話

受給者番号				加入医療保険	被保険者番号					
受給資格者	住所	□申請者に同じ			加入医療保険	被保険者番号				
	氏名					加入医療保険	保険者名		愛知県(江南市)・その他	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日		加入医療保険			保険者名		愛知県(江南市)・その他	
傷病名										
医療機関		所在地 名称 内科・外科・整形・皮膚科 耳鼻咽喉科・眼科・歯科・調剤薬局								
医療を受けた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					日間		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	
申請理由		<input type="checkbox"/> 県外受診 <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他								
備考										
振込口座		金融機関	銀行 信用金庫 農協	口座番号	普通	口座名義	(カタカナ)			

金融機関番号 ( ) 店舗番号 ( )

※下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	助成割合	助成算出額	不払い額	高額療養費、付加給付金	支給決定額
円	割	円	円	円	円

手帳・自立所持者

有効期間

令和 年 月 日

～

令和 年 月 日

限度額

\_\_\_\_\_円

診断書所持者

発行日

令和 年 月 日

負担区分	A I ・ A II ・ A III
	B I ・ B II
	C ・ D

入		確	
力		認	