

後期高齢者福祉医療費支給申請書

年 月 日

蒲郡市長 殿

住所 蒲郡市

受給者

氏名

電話 ()

次のとおり後期高齢者福祉医療費の支給を申請します。

受給者番号							個人番号							
受給者氏名							年 月 日生							
加入保険	被保険者番号													
	保険者番号											付加 給付	有・無	
	保険者名称													円
申請額	費用額	円						療養費	円					
	医療費	円						高額療養費	円					
	領収額	円						助成金	円					
振込先	希望する振込先にチェックしてください。 (<input type="checkbox"/> 受給者のマイナンバーに登録された公金受取口座) への振込を希望する (<input type="checkbox"/> 指定口座) ※申請前後に公金受取口座を変更・登録抹消された場合、変更前の口座に振り込まれる場合があります。 ※両方にチェックがある場合は、指定口座に振り込みます。													
指定口座	銀行・信用金庫 店													
	農協・信用組合													
	フリガナ							口座 番号	普 ・ 当					
口座名義人														

医療等の状況

医療機関 所在地・名称	<input type="checkbox"/> 別添のとおり・ <input type="checkbox"/> 所在地 () 名称 ()											
診療月	年 月		初診日	日								
入院	日数	日		歯科	日数	日						
	点数	点			点数	点						
入院外	日数	日		薬剤	日数	日						
	点数	点			点数	点						