

## 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  
申請者 氏名  
受給（資格）者との続柄（ ）  
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										
受給者名								年 月 日生		
加入保険	被保険者番号									
	被保険者名					受給者との続柄				
	保険者の名称					附加付		有・無		円
医療に要した費用	費用額		円			高額療養費		円		
	医療費		円			助成金		円		
	領収額		円							
振込先	銀行 信用金庫 農協									
	フリガナ 口座名義人					口座番号		普・当		

### 医療等の状況

疾病名										
診療月	年 月		初診日	日	受給（資格）者支払額（保険診療分）				円	
入院	日数	日	点数	点	先のうち結核・精神 による公費負担分	日数	日	点数	点	
入院外	日数	日	点数	点		日数	日	点数	点	
歯科	日数	日	点数	点		日数	日	点数	点	
薬剤	日数	日	点数	点		日数	日	点数	点	
	日数	日	点数	点		日数	日	点数	点	

上記のとおりです。

年 月 日

受給（資格）者

医療機関

住所

様 氏名（名称）

※診療明細のわかる領収書があれば医療等の状況の記入は不要です。