

記入例

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

江南市赤童子町大堀○○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

下記のとおり医療費の支給を申請します。

電話

0587 - 54 - 1111

受給者番号	0012345		加入者番号				
受給資格者	氏名	江南 太郎		被保険者番号			
	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		愛知県(江南市)・その他			
傷病名	受給者証をお持ちの方のみ受給者番号を記入してください。						
医療機関	所在地	江南市布袋町××番地					
	名称	△△病院					
医療を受けた期間	平・令 年 月 日から	日間	<input type="checkbox"/> 入院	申請額 円			
	平・令 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 入院外				
申請理由	<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療を受けた。 <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。申請者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。						
支払方法	金融機関	△ △	銀行 農協 信用金庫	口座番号	普通	口座名義	フリガナ コウナン タロウ
	② 口座振込	□ □	支店	6543210		江南 太郎	

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	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費	支給決定額
①	②	③	④	⑤	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

有効期間

平・令 年 月 日

)

平・令 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		診療内容	
------	--	------	--

受付者		入力者		確認者	
-----	--	-----	--	-----	--

様式第4(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

江南市長

申請者 住所

氏名

下記のとおり医療費の支給を申請します。

電話

— —

受給者番号				加入医療保険	被保険者番号			
受給資格者	氏名				保険者	愛知県(江南市)・その他		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日						
傷病名								
医療機関		所在地						
		名称						
医療を受けた期間	平・令 年 月 日から	日間			<input type="checkbox"/> 入院	申請額	円	
	平・令 年 月 日まで				<input type="checkbox"/> 入院外			
申請理由	<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療を受けた。 <input type="checkbox"/> その他							
備考								
支払方法	金融機関	銀行協 農協 信用金庫	口座番号	普通	口座名義	フリガナ		
1 現金		支店	番号					
② 口座振込								

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	公費負担額	助成割合	助成算出額	高額療養費	支給決定額
①	②	③	④	⑤	④ - ⑤
円	円	割	円	円	円

有効期間

平・令 年 月 日

(

平・令 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		診療内容	
------	--	------	--

受付者		入力者		確認者	
-----	--	-----	--	-----	--