

後期高齢者福祉医療費受給者証更新申請書

今日の日付を記入してください。

令和 年 月 日

尾張旭市長 殿

窓口に来られているかたの氏名
でご申請ください。

尾張旭市

申請者 住 所
氏 名
電話番号 () -

次のとおり申請します。

後期高齢者福祉医療費受給資格等の確認に必要な公簿の閲覧をすること及び愛知県後期高齢者医療広域連合から高額療養費を受領し、保険医療機関等に支払う当該療養に係る医療費として充当することについて承諾します。

受給資格者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	フリガナ 氏 名	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日
保 険 の	被 保 険 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> その他 ()	
		氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/> その他 ()	
加 入 状 況	被 保 険 者 証	記号番号または受給者番号 ()		
保 険 者 の 所 在 地	保険者の名称	<input checked="" type="checkbox"/> 愛知県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	保 険 者 の 所 在 地	<input checked="" type="checkbox"/> 名古屋市東区泉一丁目 <input type="checkbox"/> その他 ()		
認 定 区 分	区 分	手 帳 番 号 等	区 分	手 帳 番 号 等
	1 身体・知的障害等		6 寝たきり・認知症 (要介護4・5)	
	2 母子・父子家庭		7 寝たきり・認知症 (要介護3)	
	3 戦傷病者手帳所持		8 精神障害者保険福祉 手帳1・2級	
	4 精神措置入院 5 結核勧告・措置入院		9 自立支援医療受給者証	
備 考	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで			

対象となる受給者の内容を記入してください。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	決裁区分 丁
			補佐兼務		
	令和 年 月 日 上記申請書のとおり更新してよろしいか。				

処 理 欄			
確 認	入 力	受給者証	受 付