第４号様式（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

尾張旭市長　殿

申請者　住所

（受給者）氏名

電話

記入者　氏名　　続柄（　　）
（※申請者と同じ場合は不要）

次のとおり申請します。

□　医療費受給資格の確認をするため、公簿の閲覧をすること及び保険者に医療給付内容等の確認をすることに同意します。

受給（資格）者	受給者番号		加入医療保険	被保険者氏名	受給者に同じ
	氏名			被保険者記号・番号	
	生年月日	大・昭　　年　　月　　日		保険者名（保険者番号）	愛知県後期高齢者医療広域連合（３９２３２２６９）
	個人番号				
申請額	円				
申請事由	償還払　・　県外で治療 補装具　・　その他 （　　）		診療、薬剤の支給又は手当等の期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで 外来・入院	
診療、薬剤の支給又は手当等を受けた病院、診療所、薬局又はその他の者の名称及び所在地	名称	別紙のとおり			
	所在地	別紙のとおり			

振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
	※申請者様名義の口座をご記入ください。 銀行 農協 信用金庫 （　　）	支店 （　　）	普通 ・ 当座		（フリガナ）

※申請者様名義以外の口座に希望される場合は委任状を添付してください。

医療費総額 A	保険者負担額 B	自己負担額 C(A-B)	領収書の額 D	付加金等 E
	㊕ ㊞ 計			㊖ 計
支給決定額 F（CとDのいずれか低い額 ― E）			円	

確認	受付

領収書合計　　枚

領収書返却　＝　　要（返却済み）・　不要