

後期高齢者福祉医療費受給者証{交付更新}申請書

尾張旭市長 殿

令和 年 月 日

住所

申請者
(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。

☐ 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	☐ 申請者に同じ ☐ その他()												
	フリガナ氏名							生年月日	大・昭 年 月 日					
	個人番号													
加入医療保険	被保険者	住 所	☒ 申請者に同じ ☐ その他()											
		氏 名	☒ 申請者に同じ ☐ その他()											
		記号番号又は受給者番号 ()												
	保険者名	☒ 愛知県後期高齢者医療広域連合 ☐ その他()												
	保険者の所在地	☒ 名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館内 ☐ 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 精神障害者保健福祉手帳1・2級							
	4 精神措置入院						9 自立支援医療受給者証							
	5 結核勧告・措置入院													
備考	有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで													

決裁	課 長	課長補佐	係 長	係	決裁区分 丁 保存期間 5年	処 理 欄			
		○				確 認	入 力	受給者証	受 付
	令和 年 月 日 上記交付申請書のとおりに認定してよろしいか。								

