後期高齢者福祉医療費支給申請書

年　　月　　日

碧南市長　様

申請者　　住所

氏名

電話　　（　　）

次のとおり申請します。

記

金　　円

年　　月分保険診療一部負担金明細は、別紙のとおりとする。

医療受給者	受給者番号		認定事由	□ 身体障害 □ 戦傷病 □ 認知症 □ 精神障害 □ 措置入院 □ ひとり暮らし □ 自立支援 □ 結核措置入院 □ 精神入院 □ 母子・父子家庭 □ 寝たきり □ その他
	氏名			
	生年月日		入・外区分	□ 入院　□ 外来

種類	□ 一般診療 □ 補装具 □ 柔整 □ 移送 □ その他 □ アンマ・マッサージ □ 鍼灸	分類	□ 医科 □ 調剤 □ 施設療養 □ 歯科 □ 柔整 □ 訪問看護

計　算　方　法（※以下の欄は記入しないでください。）

保険診療費用額				高額療養費			
保険給付分（　割）				自己負担額			
一部負担金（　割）				交付決定額			

振込口座	金融機関コード					支店コード				□ 前回と同様										
	金融機関名	銀行・信金 信組・農協 その他（　　）								支店名	本店・支店									
	種別	□ 普通 □ 当座 □ 貯蓄 □ その他								口座番号										
	名義																			

備考		受付	

医療機関コード										