

後期高齢者福祉医療費受給者証等交付・更新申請書

年 月 日

碧南市長 様

住所

申請者 氏名

電話 ()

次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の交付を申請します。

受給者番号		宛名番号		
受給資格者	住 所			
	フリガナ	性別	生年月日	
	氏 名			
	被保険者番号			
	保険者の名称	愛知県後期高齢者医療広域連合		
申述書	私は、下記要件を満たしていることを申述します。なお要件に移動があった場合は、14日以内に届け出ます。 1. 単身で生活を営んでおり、同一敷地もしくは隣地に親族がいない。 2. 親族から生計に必要な費用を受け取っていない。 受給者氏名			
委任状兼同意書	私は、後期高齢者医療高額療養費及び高額介護合算療養費の調査及び受領に関する権限を碧南市に委任します。また、私に保険者から直接高額療養費又は高額介護合算療養費が支払われた場合、碧南市に当該金額を返納すること、並びに受給資格の決定のために必要があるときは、私及び世帯員の所得状況及びすべての戸籍について、確認事務を行うことに同意します。また、親族から扶養されているかの調査に同意します。 受給者氏名			
その他	この申請書の内容に誤り等があり、後期高齢者福祉医療受給資格の認定条件に当たらないことが判明した場合は、この申請書に伴う後期高齢者医療受給資格を取り消されても異議は申し立てません。			
備考	※受給者以外の連絡先がある場合は記入してください			
	住所	氏名	(続柄:)	
		生年月日	T・S・H	年 月 日
	取得年月日	年 月 日	電話	() - 受付
	有効期限	年 月 日		