

後期高齢者福祉医療費支給申請書

年 月 日

大府市長 殿

住 所
申請者
氏 名

次のとおり申請します。

受給資格者	受給者番号		加入医療保険	記号・番号								
	住 所			被保険者名								
	氏 名			保 險 者								
	生 年 月 日			附 加 給 付 況 の 状 況	有 ・ 無							
疾 病 名		通 院 区 分		入院 入院外								
医 療 機 関	所在地 名 称											
医 療 費 総 額												
申 請 額												
振 込 口 座	銀行名		預金種別 (普通 ・ 当座 ・ 貯蓄)									
	支店名		口座番号 ()									
	金融機関番号, 支店番号		口座名義人 ()									
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
申 請 理 由												