

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			保険者								
	生年月日			附加給付状況	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; vertical-align: middle;"> <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												