

後期高齢者福祉医療費支給申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所 岡崎市十王町2丁目9番地

氏名 岡崎 太郎 印
(電話 局 番)

次のとおりですので、後期高齢者福祉医療費を支給してください。

受給者証の番号	9999999	支給対象者の の 氏 名	岡崎 太郎
申 請 区 分	医科(入・外)・歯科・調剤・柔整・鍼灸・看護料・治療用装具・その他()		
診療を受け始めた 年 月 日	平成 年 月 日		
認 定 区 分	一 般		
後期高齢者福祉 医療費振込口座	銀 行 信用金庫 農業協同組合		支店
金融機関コード		口座種別	① 普通 ・ 2 当座
口座名義(カナ)	オカザキ タロウ	口座番号	0 8 8 8 8 8 8

注 この申請書には、「領収書」を添付してください。

受給者死亡のため (受給者との続柄)の口座へ振込ください。

住所 _____ 氏名 _____ 印

保険者番号									
記号番号									
個人コード									
取得日	年 月 日								
変更月	年 月		受付						
喪失日	年 月 日								
区 分	県費				市費				