

# 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 .....

氏名 .....

(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		支給対象者の の 氏 名	
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			
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 店		
金融機関コード		口 座 種 別	1 普通 ・ 2 当座
口座名義(カナ)		口 座 番 号	

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 .....

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				