



後期高齢者福祉医療費受給者証（交付・更新）申請書

年 月 日

(宛先) 西尾市長

申請者 住 所 西尾市

氏 名

電話番号 () -

私は、後期高齢者福祉医療費受給者証の交付に必要な関係公簿を調査すること、後期高齢者福祉医療費支給金を受けた分にかかる高額療養費及び高額介護合算療養費の申請手続き及び受領の一切を西尾市に委任します。

受給者番号		個人番号	
住 所			
フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日		年 月 日	性 別
加入 医療 保険	被保険者番号		
	保険者の名称		都・道 府・県 後期高齢者医療広域連合
	保 険 者 番 号		
認 定 区 分	区 分		手 帳 番 号 等
	1 身体障害		愛知県 号
	2 母子・父子家庭等		種 級
	3 精神障害		療育手帳等
	4 精神措置入院		
	5 結核勧告入院		交付日 年 月 日
	6 独り暮らし		次の判定日 年 月 日
	7 寝たきり・認知症		
8 戦傷病者			
備 考	受給者証資格開始日： 年 月 日		

届出者確認：申請者本人・同居親族・その他 申請者との関係 ()

受付	発行日	年 月 日	受診	有 ・ 無	受診先
	発行者		指導	済 ・ 未	