



後期高齢者福祉医療費支給申請書

年 月 日

(宛先) 西尾市長

申請者 住 所 西尾市

氏 名

電話番号 () -

下記のとおり医療費を支給してください。

受給者	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	後期高齢者 医療広域連合
	生年月日	年 月 日		附加給付 の 状 況	有 ・ 無
診療年月	年 月分	通院区分	入 院 入院外		
医療機関	所在地 <input type="checkbox"/> 別添のとおり 名称 <input type="checkbox"/> 別添のとおり				
①医療費総額	円	②負担割合	割		
③高額療養費	円	申請額 (①×②-③)	円		
支払方法	銀行 信用金庫 農業協同組合 ()		(預金種類 普通・当座・)		
	(本店・支店)		口座番号： フリガナ 名義人		
申請理由					

届出者確認：申請者本人・同居親族・その他 申請者との関係 ()