

記入例

様式第4(第9条関係)

後期高齢者福祉医療費支給申請書

令和 3 年 4 月 1 日

江南市長

住所 江南市赤童子町大堀〇〇番地

治療を受けた方(受給者)の住所・氏名等を記入してください。

氏名 江南 太郎

電話 (0587) - 54 - 1111

下記のとおり医療費の支給を申請します。

受給資格者	受給者番号	0012345			加入医療保険	被保険者番号	
	住所					被保険者氏名	
	氏名	江南 太郎				保険者	愛知県 <small>その他</small> (江南市)
	生年月日	大・ <u>昭</u> 10 年 〇 月 △ 日	支給付	有・無			
傷病名						受給者証をお持ちの方のみ受給者番号を記入してください。	
医療機関	所在地	江南市布袋町××番地					
	名称	△△病院					
医療を受けた期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	申請額	円		
申請理由	<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療 <input type="checkbox"/> その他						
備考	振込先口座の内容を記入してください。申請者名義以外の口座へ振り込む場合は、委任状が必要です。						
支払方法	金融機関	銀行	協	口座番号	普通	フリガナ	
		△△	農				6543210
1 現金 2 口座振替		信用金庫				江南 太郎	
		〇〇	支店				

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※ 下記の欄は記入しないでください。

医療費総額	公費負担額	助成割合	助成算出額 (①-②)×③	高額医療費・ 付加給付金	支給決定額
①	②	③	④	⑤	④-⑤
円	円	割	円	円	円

・医療機関(診療科)ごと、診療月ごとに申請書が必要です。
・入院・外来ごとに申請書を分けてください。

受付者	入力者	確認者
-----	-----	-----

様式第4(第9条関係)

後期高齢者福祉医療費支給申請書

令和 年 月 日

江南市長

住所

申請者 氏名

電話 () -

下記のとおり医療費の支給を申請します。

受給資格者	受給者番号				加入医療保険	被保険者番号		
	住所					被保険者氏名		
	氏名					保険者	愛知県 (江南市)	その他
	生年月日	大・昭	年	月		日	付加給付の状況	有・無
傷病名								
医療機関	所在地 名称							
医療を受けた期間	平・令 年 月 日から	日間	<input type="checkbox"/> 入院	申請額	円	<input type="checkbox"/> 入院外		
申請理由	<input type="checkbox"/> 医療保険において療養費等が支給された。 <input type="checkbox"/> 県外で医療等を受けた。 <input type="checkbox"/> その他							
備考								
支払方法	金融機関	銀行	協	口座番号	普通	口座名義	フリガナ	
1 現金 2 口座振替		農	信				支店	

金融機関番号 () 店舗番号 ()

※ 下記の欄は記入しないでください。

医療費総額 ①	公費負担額 ②	助成割合 ③	助成算出額 (①-②)×③ ④	高額医療費・ 付加給付金 ⑤	支給決定額 ④-⑤
円	円	割	円	円	円

有効期間 限度額

平・令 年 月 日

平・令 年 月 日 円

負担区分	診療内容	受付者	入力者	確認者
------	------	-----	-----	-----