様式第４号

|  |
| --- |
| 後期高齢者福祉医療費支給申請書　　　年　　　月　　　日蟹　江　町　長　殿住　　所申請者（受給資格者）氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　下記のとおり医療費を支給してください。 |
| 受給資格者 | 受給者証記号番号 |  | 加入医療保険 | 保険証の記号番号 |  |
| 住　　所 |  | 被保険者氏　　名 |  |
| 氏　　名 |  | 保 険 者 |  |
| 生年月日 |  | 付加給付の 状 況 | 有　・　無 |
| 傷　病　名 |  | 通 院 区 分 | 入　　　院入　院　外 |
| 医 療 機 関 | 所在地名　称 |
| 医療費総額 | 円 |
| 申　請　額 | 円 |
| 支 払 口 座 | 　　　　銀 行 名　 　　　　　　　支店名　　　　　　　　　預金種類　　　　普通・当座口座番号　　　　　 |
| 申 請 理 由 |  |