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 | |  | | | | |