

安 城 市 長

注意 太枠の中のみ記入してください。

申請日 令和 〇 年 月 × 日

申 請 者	住 所	安城市桜町 1 8 番 2 3 号			
	氏 名	安城 太郎		電 話	0566-71-2232
受 給 者	受給者番号	7 9 9 × × × × × ×		加 入 記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8
	氏 名	安城 太郎		保 険 者 の 名 称	愛知県後期高齢者医療広域連合（安城市）
				被 保 険 者 氏 名	安城 太郎
	生 年 月 日	昭和 1 1 年 1 月 1 日		付 加 給 付	有 ・ 無
振 込 先 金 融 機 関 名		種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
安城 銀行 桜町支店		普通	1 2 3 4 5 6 7	(カタカナで記入) アンジョウ タロウ	

添付書類 1 医療機関発行の領収書の写し又は下記の証明書兼領収書
(後期高齢者福祉医療費資格証明書での申請については支払証明書)
2 後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書

保 険 診 療 内 容 証 明 書 兼 領 収 書			月 分
区 分	入 院	入 院 外	
傷 病 名	(1)	(1)	
	(2)	(2)	
	(3)	(3)	
診 療 実 日 数	日	日	
総 点 数	点	点	
医療保険負担点数	点	点	
結・精等工費負担点数	点	点	
自 己 負 担 額	円	円	
	うち、標準負担額	円	うち、薬剤一部負担金
第三者行為による療養の場合は、その種類			
年 月 日			
医療機関 所在地 名称 医師氏名			

認 定 欄	自 己 負 担 額	付 加 給 付 額	一 部 負 担 金	助 成 額
	円	円	円	円