

記入例

受給者番号

後期高齢者福祉医療費受給者証交付申請書

R 年 月 日

申請書の記入者の氏名等をご記入ください。
なお、申請内容について電話で確認する場合がございますので、必ず連絡先をご記入ください。

住所 長久手市 岩作城の内 60-1
氏名 長久手 太郎
電話 090-0000-0000

次のとおり受給者証の交付をしてください。

また、高額療養費の受領についての権限は長久手市長に委任することに同意します。

| | | | | |
|-------|------|--------------------|---------|----------------|
| 受給資格者 | 住所 | 愛知県長久手市 岩作城の内 60-1 | 申請者との続柄 | 本人 |
| | フリガナ | ナガクテ タロウ | 生年月日 | 昭和9年1月1日 |
| | 氏名 | 長久手 太郎 | 電話番号 | (090)0000-0000 |
| | 個人番号 | | | |

保険加入状況については記入不要です。

ただし、以下の写しを添付してください。

- 受給資格者の後期高齢者医療被保険者証のコピー
- 受給資格確認書類

※詳しくは電話にてお問い合わせください。

| | | | | |
|----|--|--|--|-------|
| 認 | | | | 年 月 日 |
| 備考 | 後期高齢者福祉医療証該当 【開始日】 R 年 月 日から 【全日】 R 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 手帳取得日 <input type="checkbox"/> R 6年7月31日 <input type="checkbox"/> 転入日 <input type="checkbox"/> 精神手帳期限 <input type="checkbox"/> 申請月の初日 <input type="checkbox"/> 手帳更新日 | | | |

ご不明点は、長久手市福祉部保険医療課医療係
連絡先 0561-56-0617 までご連絡ください。