

太わくの中を記入してください。

第三者行為 有・無

福祉給付金支給申請書

受付番号

受付年月日

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

住所 名古屋市 区

氏名

(☎ -)

次のとおり申請します。支給決定額は次の口座へ振り替えてください。

加入医療保険	記号・番号											福祉給付金受給者番号								
	発行機関	保険者番号											傷病名	<input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他 ()						
振替先口座	金融機関名	<input type="checkbox"/> 愛知県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> _____後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 名古屋市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 ()										療養期間	年 月 日から 日まで (日間)							
		銀行本店 農協支店 信用金庫出張所 信用組合										医療機関	<input type="checkbox"/> 別添領収書のとおり <input type="checkbox"/> 所在地 () <input type="checkbox"/> 名称 ()							
	預金科目	普通当座	口座番号										入院・入院外	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外						
	口座名義人	カタカナで書いてください。										申請額	円							
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> 福祉給付金資格者証 加入医療保険の被保険者証 本人名義の預金通帳等、口座情報が確認できるもの 医療機関等の領収書 加入医療保険発行の療養費等の支給決定通知書 (愛知県後期高齢者医療(名古屋市)または名古屋市国民健康保険に加入の場合は不要です) 										申請理由	<input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律による療養費が支給された <input type="checkbox"/> 国民健康保険法による療養費が支給された <input type="checkbox"/> 社会保険各法による療養費又は家族療養費等が支給された <input type="checkbox"/> 県外受診・証未提示 <input type="checkbox"/> その他 ()								
											受付			預金通帳等の確認			電算入力			