

受給者番号	
-------	--

後期高齢者福祉医療費受給者証交付・更新申請書	
年 月 日	
豊明市長 殿	
〈申請者〉 住 所	
氏 名 印 電話	
<p>この申請において資格認定に必要な所得等の公簿の閲覧に関しては、所定の申請権限を豊明市長に委任します。 なお、後期高齢者福祉医療費受給者に該当しなくなった場合は速やかに受給資格喪失届を提出し、受給者証を返却します。 また、資格喪失後に受給者証を使用した場合は、その医療費を返還することを約束します。 また、後期高齢者福祉医療費の給付を受けた分に係る高額療養費及び高額介護合算療養費の申請手続及び受領の一切を豊明市長に委任します。 下記のとおり相違ありませんので申請いたします。</p>	
記	

受給者	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
加入医療保険	保険の種類		被保険者証	記 号	
	被保険者 (保険に入っている人の氏名)			番 号	
保険者	名 称	愛知県後期高齢者医療広域連合			
認定区分	区 分		区 分	手 帳 情 報 等	
	<ul style="list-style-type: none">身体障害知的障害自閉症状群母子・父子家庭戦傷病者精神措置入院(第29条)結核患者勧告入院		<ul style="list-style-type: none">寝たきり高齢者認知症高齢者精神手帳1・2級精神手帳3級	<ul style="list-style-type: none">自立支援(通院のみ)ひとり暮らし高齢者その他	
備考					