川越市後期高齢者入院時見舞金支給申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		負担区分		年度	
被 保 険 者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日				
	住所				

①	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					
②	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					
③	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)			
	入院をした保険医療機関等	名称			
所在地					

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店 支店 ()				預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号 (左詰めで記入)								
口座名義人 (カタカナ)								

川越市長 あて

上記のとおり入院をしたので、関係書類を添えて川越市後期高齢者入院時見舞金の支給を申請します。
 なお、支給決定額は上記の口座に振り込みをしてください。

年 月 日

申請者 住所.....

氏名.....

※欄は記入しないでください。

※市 処 理 欄	備考				
	添付書類確認	標準システム確認	入力確認	決定確認	NO