

老人医療費 福祉医療費 支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 久御山町長

申請者 住所 久御山町

申請額

円

氏名

印

電話番号

()

-

上記のとおり、令和 年 月分の老人 福祉 医療費を支給申請します。

老人 福祉 医療 受給者証				加入 医療 保険		
受給者番号				記号番号		
住 所	久御山町			保険者番号		
氏 名				保険者名称		
生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	男 女		被保険者名 (組合員名)		

医療を受けた病院			療養の内容	1.入院 2.入院外 3.歯科 4.調剤 5.その他 ()
医療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		

支払方法	※振込依頼書	金融 機関名	銀行・信用金庫 農業共同組合	本店・支店・ 出張所	口座番号
現金・振込	<input type="checkbox"/> 既提出 <input type="checkbox"/> 新規		名義人:(フリガナ) (漢字)	普	

※ 審査	領収書	自己負担額	高額療養費	附加給付額	老人医療 一部負担金	支給決定額	支 給 決定月	担当者印
支給 決定	枚							
	月分							

(注) 1. ※印以外は、申請者がすべて記入してください。

2. この申請書と領収書、健康保険証、受給者証、印鑑を持参してください。

3. 別紙の高額療養費・附加給付金支給証明書は保険者に提出し、証明を受けてください。