

点検	入力	確認	

ID:

高齢者医療助成費支給申請書

(*記入しないでください)

支給決定額	*	円
-------	---	---

医療証番号
対象者住所	
対象者氏名	生年月日 年 月 日 性別 1 男 2 女
有効期間	年 月 日 から 年 月 日

医療を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)	
他の助成の有無	他医療費の助成	有・無
	高額療養費	有・無
申請の理由	1 医療証を持参しなかった。 2 指定医療機関以外で受診した。 3 補装具等の購入 4 その他(
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協 店	
	コード	店番 1 普通 2 当座 3 その他
	口座番号	(フリガナ) 口座名義

日の出町長 青木 國太郎 殿 年 月 日

上記のとおり高齢者医療助成費を請求します。

申請者 住所 氏名 (印) 電話番号 ()

※ 1 太枠内を記入してください。
2 番号のつけてある欄、有・無のある欄は、該当箇所を○で囲んでください。

領収書枚数	
-------	--

担当者記入欄

1	医療機関名			医療機関コード				
	診療年月日	年 月 日		入院・外来別	1 入院 2 外来			
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整 6 補装具 7 その他						
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額療養費	支給決定額
2	医療機関名			医療機関コード				
	診療年月日	年 月 日		入院・外来別	1 入院 2 外来			
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整 6 補装具 7 その他						
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額療養費	支給決定額
3	医療機関名			医療機関コード				
	診療年月日	年 月 日		入院・外来別	1 入院 2 外来			
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整 6 補装具 7 その他						
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額療養費	支給決定額
4	医療機関名			医療機関コード				
	診療年月日	年 月 日		入院・外来別	1 入院 2 外来			
	診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 看護 5 柔整 6 補装具 7 その他						
	申請額	総点数	診療費	薬代	自費	食事療養費	高額療養費	支給決定額