


元気で健康に長生き医療費助成支給申請書

受給者証番号						申請診療月	平成	年	月分			
対象者	氏名	(フリガナ)				性別	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	住所	電話番号 ( )										
対象者に関する事項	保険組合名					保険者番号						
	助成対象開始日	年 月 日から開始				健康保険証記号番号	-					
	被扶養者である場合の保険加入者本人氏名	(フリガナ)				他の公費	有・無					
						附加給付	有・無					
該当する所得区分	現役並	一般	低所得 I	低所得 II	自己負担限度額							
<p>日の出町長 様</p> <p>上記のとおり、元気で健康に長生き医療費助成を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">電話 ( )</p>												

※初めて申請をする場合は、本人の口座が確認できるもの(預金通帳等)を持参してください。

※本医療費助成対象者が死亡した場合の申請には、相続人代表者の申立書の提出が必要です。

事務処理欄

領収書点検	合計(1回)	合計(2回)	合計(決定)	高額療養 非該当⇒	限度額 2,000	支給金額 (助成額)	
	円	円	円	附加給付 非該当⇒	円		
 <b>高額療養・附加給付 該当調査</b>							
合計(決定)	高額療養調査・回答	附加給付調査・回答	限度額				
円	回答日: 円	回答日: 円	2,000				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">領収書預かり枚数</td> <td style="width: 30%;">枚</td> </tr> </table>						領収書預かり枚数	枚
領収書預かり枚数	枚						