



高齢者医療費助成支給申請書

受給者証番号		申請診療月					
対象者	氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	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			被保険者番号			
	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		附加給付		
	該当する所得区分	自己負担限度額					
日の出町長 様 上記のとおり、高齢者医療費助成を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話							

※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

点検・合計(1回) 入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 円	合計(2回) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 座 円	合計(決定) 円	高額療養 非該当⇒	限度額 円	支給金額 (助成金) 円
高額の療養・附加給付 該当調査			附加給付 非該当⇒	円	
合計(決定) <input type="checkbox"/> 最終確認 円	高額療養調査・回答 回答日: 円	附加給付調査・回答 回答日: 円	限度額 円	円	円

領収書預かり枚数	枚
----------	---