

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					
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	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			
				附加給付			
該当する所得区分	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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</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

点検・合計(1回)	合計(2回)	合計(3回)	高額療養 非該当⇒	限度額	支給金額 (助成金)
入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 口座	<input type="checkbox"/> 口座		2,000	
円	円	円	附加給付 非該当⇒	円	
<p>高額療養・附加給付 該当調査</p>					
合計(3回)	高額療養調査・回答	附加給付調査・回答	限度額		
<input type="checkbox"/> 最終確認	回答日:	回答日:	2,000		
円	円	円	円		円

領収書預かり枚数	枚
----------	---