

老人医療費受給権者証票再交付申請書

記入例

令和 1年 5月 7日

(宛先) 富山市長

必要な受給資格証に○をつけてください。

申請者 住所 富山市新桜町7番38号  
氏名 富山太郎  
連絡先(TEL) 443 - 2102

一部負担金助成該当者証

重度心身障害者等医療費受給資格証

の再交付を申請します。

該当者番号 受給資格番号	※	8	1	1	1	1	1	1	
(フリガナ)	トミヤマ タロウ								
氏名	富山太郎								
生年	昭和 19年 4月 1日生								
住所	富山市新桜町7番38号								
医療保険の加入状況	被保険者等の氏名	富山太郎							
	被保険者証等の記号・番号	12345678							
	被保険者等との続柄	本人							
	保険者の名称 (保険者番号)	富山県後期高齢者医療広域連合							
		3	9	1	6	2	0	1	1

受給権者本人の氏名、生年月日、住所を記入してください。

注1 該当する受給権者証票を○で囲んでください。

注2 ※は市で記入します。

受給権者本人が使用している後期高齢者医療被保険者証を見ながら記入してください。

老人医療費受給権者証票再交付申請書

記入例

令和 1年 5月 7日

(宛先) 富山市長

必要な受給資格証に○をつけてください。

申請者 住所 富山市新桜町7番38号
氏名 富山太郎
連絡先(TEL) 443 - 2102

一部負担金助成該当者証

の再交付を申請します。

重度心身障害者等医療費受給資格証

Table with columns for applicant details (name, address, birth date) and insurance information (insurer name, policy number, relationship). Includes handwritten entries and a star symbol for city registration.

受給権者本人の氏名、生年月日、住所を記入してください。

受給権者本人が使用している健康保険証を見ながら記入してください。

注1 該当する受給権者証票を○で囲んでください。
注2 ※は市で記入します。