

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。

Table with fields for applicant details (name, address, birth date) and medical insurance information (insurer name, number, status). Includes handwritten annotations and a circled area for the insurance number.

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 7 columns and 5 rows. Row 1: 該当者番号 ※ 0 0 0 1 1 1 1. Row 2: 受給資格番号 (フリガナ) トミヤマ タロウ. Row 3: 氏名 富山太郎. Row 4: 生年 昭和 28年 4月 1日生. Row 5: 住所 富山市新桜町7番38号. Row 6: 医療保険の加入状況. Sub-rows: 被保険者等の氏名 富山一郎; 被保険者証等の記号・番号 111 234; 被保険者等の続柄 父; 保険者の名称 富山市国民健康保険; (保険者番号) 1 6 0 0 1 0.

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。