様式第7号(第8条関係)

# 老人医療費(一部負担金還付)助成申請書

年　　月　　日

(宛先)富山市長

申請者
住所
氏名
連絡先(TEL)

次のとおり老人医療費の助成を申請します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 後期高齢者医療被保険者証番号 | | 一部負担金還付該当者番号 | |
| 受給者 氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 振込指定口座 金融機関 | | 口座番号 | |
| 振込指定口座 (フリカナ) 口座名義人 | | 預金の種類 | 1 普通　2 当座 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 入院 | | | | | | 円 |
| 入院外 | | | | | | 円 |
| 保険薬局 | | | | | | 円 |
| | | | | | | 円 |
| | | | | | | 円 |
| 助成決定額 | | | | | | 円 |

## 高齢者医療確保法の規定による一部負担金領収書(入院・入院外)

該当者名

一部負担金領収額　円

(該当欄をチェックしてください。)
□入院(　　年　　月　　日入院)
入院外 □外来 □保険薬局

上記金額には、保険診療以外は含まれておりません。

上記のとおり領収しました。
年　　月　　日
医療機関等の所在地名称
開設者氏名　　㊞

注1　この用紙は、医療機関等で高齢者医療確保法の規定による一部負担金を支払った後、市町村から助成を受ける場合に使います。

2　この用紙には医療機関等から発行された領収書を添付してください。領収書がない場合は、この用紙の二重枠内を医療機関等に記入してもらってください。