

<p><b>記入例</b></p> <p>受給権者本人の住所、氏名をご記入ください。</p> <p>令和 3年 4月 1日</p> <p>富山市新桜町7番38号</p>		<p>申請者 氏名 <b>富山 一郎</b></p> <p>連絡先(TEL) <b>443 - 2102</b></p>		
		<p>受給権者本人の「後期高齢者医療被保険者証」の番号と氏名を記入してください。</p> <p>申請書の助成を申請します。</p>		
<p>後期高齢者医療被保険者証番号</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>		<p>一部負担金還付該当者番号</p> <p>7 6 5 4 3 2 1</p>		
受給者	氏名	<b>富山 一郎</b>	生年月日	<b>昭和19年4月1日</b>
振込指定口座	金融機関	<b>立山銀行 富山北支店</b>	口座番号	<b>1234567</b>
	(フリカナ)	<b>トヤマ イチロウ</b>	預金の種類	1 普通 2 当
	口座名義人	<b>富山 一郎</b>		
<p>申請者名義の口座を記入してください。</p>		<p>受給権者本人の「一部負担金助成該当者証」の番号と生年月日を記入してください。</p>		
入院		院		円
入院外		院		円
保険薬局		局		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 (該当欄をチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 入院( 年 月 日入院) 入院外 { <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 保険薬局	一部負担金領収額 円 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 (印)	

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。

注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。