

老人医療費(療養費払)助成申請書

年 月 日

(宛先)富山市長

住所
申請者
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。

加入 医療 保険	保険者番号									受 給 者	受給資格番号									
	保険者の事業所名										氏 名									
	被保険者 等の氏名											生 年 月 日								
	被保険者証等 の記号・番号	(記号)							(番号)											
振口 指 定 座	金融機関名									口座番号										
	(フリガナ) 口座名義人									預金の種類		1 普通 2 当座								

診療薬剤の支給 又は手当の内容		1一般診療(1医科 2歯科 3調剤) 2治療用器具 3柔道整復 4あん摩マッサージ 5はり、きゅう 6看護 7移送 8その他() 入院・入院外														
保険診療合計金額										円	1	2	3	6		
控 除 額	保険負担分									円	社 被 保 険 保 者	社 被 扶 養 保 者	国 一 般 被 保 険 者	国 保 組 合		
	公費負担分									円						
	付加給付分									円					助成決定額	
	※本人負担分									円						
	計									円						
支給年月日		年 月 日														

年 月分		保険診療領収書 (入院・入院外)			
受給者名		保険診療 合計点数	点	育成医療費等 公費負担点数	点
一 部 負 担 金 額 領 収 額	入院・入院外	保険薬局		計	
	円	円		円	
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、医療機関等に診療金額をいったん支払い、その後で市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。