

老人医療費(障害者医療費)助成申請書

令和 3年 4月 1日

記入例

(宛先) 富山市長

申請者 富山 一郎

連絡先(TEL) 443 - 2102

受給権者本人の住所、氏名をご記入ください。
富山市新桜町7番38号

受給権者本人が使用している「健康保険証」により記入してください。

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	01160019	受給資格番号	7654321
	保険者の事業所名	全国健康保険協会 富山支部	受給者	富山 一郎
	被保険者の氏名	富山 雄山		昭和28年4月1日
	被保険者証等の記号・番号	(記号) 12345 (番号) 678		
振込指定口座	金融機関名	立山銀行 富山北支店	口座番号	1234567
	(フリガナ) 口座名義人	トヤマ イチロウ 富山 一郎	預金の種類	1 普通 2 当座

申請者名義の口座を記入してください。

支給の内容	1一般診療(1内科 2歯科 3調剤) 2治療用具 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									
合計金額						円	1	2	3	6
負担分						円	社被保者	社被扶養者	国一般被保険者	国保組合
控除額	公費負担分					円	助成決定額			
	付加給付分					円				
	※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
一部負担金額	円	保険薬局	円
		計	円
左記金額には、保険診療以外は含まれていません。			
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。
 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。