

高齢者医療給付費申請書

令和 年 月 日

鶴居村長 大石 正行 様

申請者 住所 鶴居村

氏名

印

高齢者医療給付費の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請致します。

受給者	受給者 番号	9 0 1 0	医療保険	国保・社保
	被保険者 番号			
	氏名		生年月日	昭和 年 月 日
医療を受けた 病 医 院 等	名 称	別紙領収書 (写) のとおり		
	住 所	別紙領収書 (写) のとおり		

( 以下 の 欄 は 記 入 不 可 )

村 長	副 村 長	課 長	課長補佐	係 長	係	合 議
/	/					
助成決定額金 円						
区 分	医 療 費	保 険 者 負 担 金	一 負 担 部 金	附 加 給 付 見 込 額	助 ( 支 成 給 額 ) 額	
通 院						
入 院						
歯 科						
調 剤						
療 養 費						
療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日			日 数		
備 考						