

老人医療費交付申請書

年 月 日

白浜町長 様

申請者 住所

氏名

印

下記のとおり老人医療費助成金の交付を申請します。

受給資格者	氏 名		加入保険	世帯主被保険者 組合員の氏名	
	個人番号			記 号 番 号	
	生年月日			名 称	
	受給資格証 記号番号				

領 収 書

ただし、保険診療一部負担金 円、薬剤一部負担金 円

保険診療総点数		傷 病 名	
他法負担金点数 (結核予防法等)		診療実日数	

年 月 日

医療機関 住所

名称

氏名

印

[事務処理欄]

助成金額 円	支 出 年 月 日	通 知 年 月 日
-----------	--------------	--------------

