

## 老人保健医療費支給申請書

|            |          |       |                     |
|------------|----------|-------|---------------------|
| 市町村番号      | 27071109 | 受給者氏名 | 男・女                 |
| 老人医療の受給者番号 |          | 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日         |
| 被保険者証記号番号  |          | 保険種別  |                     |
| 傷病名        |          | 保険者名  |                     |
| 発病又は負傷年月日  |          | 療養機関  | 年 月 日<br>~ 年 月 日 日間 |

診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地

診療所又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名

医療を受けることができなかった理由

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 傷病の原因 |  | 費用額 |
| 傷病の経過 |  | 円   |
| 療養の内容 |  |     |

|       |   |   |   |   |            |
|-------|---|---|---|---|------------|
| 医師意見欄 | 傷病名   |   |   |   |            |
|       | 装具の装着日  | 年 | 月 | 日 | その日は 入院・外来 |
|       | 補装具装用についての意見  |   |   |   |            |
|       | 平成 年 月 日<br>住所<br>(医師)<br>氏名 <span style="float: right;">印</span> |   |   |   |            |

|     |       |       |    |       |  |
|-----|-------|-------|----|-------|--|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信金 | 本店 | 口座番号  |  |
|     |       | 農協    | 支店 | 口座名義人 |  |

上記のとおり療養費に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

住 所 平田村大字..... 字.....  
 (受給者)  
 氏 名..... 印

平田村長様