

老人保健高額医療費支給申請書

(ふりがな) 氏名		健康手帳の 医療受給者証 の受給者番号					
生年月日			性別	男 女			
明・大・昭	年	月	日生	電話番号			
住所							
〒							
保険者の名称、事務所の所在地				被保険者証等の記号番号			
他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けられるか否か							
受けられる(制度名 ) (費用徴収の 有・無 )							
受けられない							
<p>平 田 村 長 様</p> <p>上記のとおり、高額医療費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

(注意) 裏面も忘れずにご記入下さい。

