

高齢者医療助成費支給申請書

下記のとおり高齢者医療助成費を請求します。

令和 年 月 日

川北町長 前 哲雄

申請者 住所 能美郡川北町字
氏名

医療証番号					
対象者住所	能美郡川北町字				
対象者氏名		生年月日	年 月 日	性別	

医療機関記入欄 (医療費証明書)				
入院・入院外	診療年月	診療実日数	保険対象総点数	本人負担額
入院・入院外	年 月	日(~)	点	円
入院・入院外	年 月	日(~)	点	円
入院・入院外	年 月	日(~)	点	円
入院・入院外	年 月	日(~)	点	円

上記金額を領収したことを証明します。

患者氏名

医療機関

様

住所

氏名

印

受付領収書枚数

枚