

老人保健医療費支給申請書

市町村番号	2	7	1	1	0	6	8	3	加入	世帯主 被保険者	
受給者番号									医療 保険	組合員の氏名	
受給者氏名	男・女									記号 番号	
生年月日										所在地	
疾病・負傷年月日										名称	
療養期間	年 月 日 から			年 月 日まで			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	
--	--

診療又は調剤の従事した医師、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		発病の原因		療養に 要した 費用	円
		傷病の経過			
		療養の内容			

備考	入院	通院	
----	----	----	--

口座振込依頼欄

農協 銀行 信用	本店 支店 出張所	種目	口座番号
		普通	

金融機関コード	口座名義人 (カナ)	
---------	------------	--

上記のとおり、関係書類を添えて支給申請します。

平成 年 月 日

神川町長 様

住所 神川町大字

受給者 氏名 印

電話 ()

(委任状)

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。

平成 年 月 日 請求した医療費の受領に関すること。

受診者の住所、氏名 _____ 印

神川町大字

代理人の住所、氏名 _____ 印

市町村	記載事項	電算入力	内容審査
チェック欄			

日数	一部負担金	決定金額

記入していただく場所

老人保健医療費支給申請書

市町村番号	2	7	1	1	0	6	8	3	加入	世帯主 被保険者	
受給者番号									医療	組合員の氏名	
受給者氏名										記号 番号	
生年月日										所在地	
疾病・負傷年月日									保険	名称	

療養期間 年 月 日から 年 月 日まで 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	上に名称、下に所在地を記入してください。
--	----------------------

診療又は調剤の従事した医師、歯科医師又は薬剤師の 氏名	担当医師の氏名
------------------------------------	---------

医療を受ける ことができな かった理由	発病の原因	療養に	費用 円
	傷病の経過	要した	
	療養の内容	費用	

備考 入院 通院 どちらか

口座振込依頼欄

農協	本店	種目	口座番号
銀行	支店	普通	
信用	出張所		

金融機関コード 口座名義人 (カナ)

上記のとおり、関係書類を添えて支給申請します。

平成 年 月 日 受給者名義の口座 (出来るだけ)

神川町長 様

住所 神川町大字

受給者 氏名 受給者の氏名 印

電話 ()

(委任状)

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。

平成 年 月 日 請求した医療費の受領に関すること。

受診者の住所、氏名 _____ 印

受給者以外の口座に

代理人の住所、氏名 _____ 印

振込の場合記入のこと

市町村	記載事項	電算入力	内容審査
チェック欄			

日数	一部負担金	決定金額