

様式第4号 (第4条関係)

老人医療費助成金交付請求書

年 月 日

明日香村長 様

(申請者)住所
氏名



金 円

ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。

受給資格証 記号・番号		受給者氏名	
加入医療保険名称		加入医療保険 記号番号	

なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。

振込 口座	銀行種 店別	普通 当座	番 号	フリガナ 名 義
----------	-----------	----------	--------	-------------

◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収証明書等を添付してください。

医療 等 の 状 況	入 院	医療機関：名称 (所在地)		
		日数・期間	総点数	
		日(年月日～年月日)	点	
	外 来 等	①	医療機関：名称 (所在地)	
			日数	総点数
		②	医療機関：名称 (所在地)	
			日数	総点数
		③	医療機関：名称 (所在地)	
			日数	総点数

※確認欄 保険の自己負担割合(1割・2割3割) ※高額療養費の有無(限度額)

※ 決 定	係	決裁年月日	年 月 日
		交付年月日	年 月 日
		台帳確認	

【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】
(円) - (円) - (円) =支給額 円

※欄は記入しないでください。