

高齢受給者用医療費給付申請書

(70才～74才の方用)

様式第15号

年		月より		年		月まで	
住所	□□□-□□□□						
	市						
氏名	退職会員番号 (右づめで記入)		会 員 氏 名		診 療 者 氏 名		
					本 人 配 偶 者		
又受は診病科名			病 院 名	代表でひとつ記入し残りは○カ所とまとめて記入する			
	(外 件)			(外 カ所分)			
請求額 円		領収書 枚		※決定	給付額		円
(請求額は未記入でも可)							
一部負担金の割合				割			
高齢受給者証を確認の上記入して下さい。							
上記の事実に相違なく、療養機関設置者（又は医師）の受領証（証明）を添付して請求いたします。							
福島県退職教職員互助会							
(請求者氏名)		平成		年		月 日	

●申請書は1ヵ月に1枚記入して下さい。

太枠の※印欄は記入しないで下さい。

福島県退職教職員互助会 〒960-0192 福島市南矢野目字道下35番地の1

☎024-555-0231
FAX 024-555-0510

領収書貼付用紙 (年 月分)

処方せんによる薬局分は病院（医院）と一緒に貼付して下さい。

領収書 枚 合計 円
