

# 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 分			
登録住所	□□□□-□□□□		
	市 郡		
電話(市外局番) - (局) 番			
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
			昭 年 月 日生
病 受 又 診 は 科 名 名	(外 件)	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 カ所分)
請求額 円	領収書 枚		
(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)の領収書(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)		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。

(一財)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

---