

後期高齢者医療費給付申請書

(75才以上の方用)

様式第15号

年		月より		年		月まで	
住 所	〒□□□□-□□□□□□						
	市 郡 電話 () - () - ()						
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		明・大・昭 年 月 日生	
又受 は診 病科 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		一部負担金の割合 割			
(請求額は未記入でも可)							
後期高齢者保険者証を確認の上記入して下さい。							
上記の事実と相違なく、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) 年 月 日							

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)

月毎・医療機関毎に分けて貼付用紙を使って下さい。

領 収 書 枚 合 計 円