

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	郡
	携帯							
自宅						-	-	
氏名	退職会員番号			会員氏名			診療者氏名	
	本人			配偶者			昭 年 月 日生	
病名	受診科名			病院名				
	(外 件)			(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	

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

高・申

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
