

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				
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
受診 病名は 科名			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)		病院名	(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			
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	

(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