

受給者
番号

老人医療費受給者証交付申請書

本人氏名		生 年 月 日	年 月 日	(日 歳)
世帯主氏名		本人との続柄	電 話	
住 所				
個人番号				
加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄	
	保険者名		記号番号	
ひとり暮らし老人、ねたきり老人となった時期	年 月 日			

上記のとおり、
関係書類を添えて申請に必要な世帯又は所得及び収入の状況を
県老担当課で調査することを承諾し、受給者証の交付を申請いたします。

令和 年 月 日

住 所
申請者
氏 名
(本人との続柄)

長岡市長 磯田 達伸 様

後期高齢者医療
国民健康保険 高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費部分に限る。）支給申請書兼受領委任状

被保険者記号番号		受給者番号	
被 保 険 者 氏 名			
適 用 期 間	令和 年 診療分から		

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）に該当し、その支給額が新潟県医療費助成事業（県単）の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任します。

令和 年 月 日
様
世帯主 氏 名
(申請人)

生年月日 大・昭・平 年 月 日