

受付印

国民健康保険高齢受給者医療費負担金差額支給申請書

被保険者記号番号	門国 ー		
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	世帯主との続柄	
保険医療機関等			
診療年月	令和 年 月 診	一部負担金割合	割

振込先 金融機関	銀行 支店		普通 ・ 当座
口座番号		名義人名 (カタカナ)	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

門真市長 様

世帯主 住所 門真市

氏名

(署名または記名押印)

電話

(受付者)

備考欄	
-----	--