老人医療費支給申請書

年　　月　　日

木津川市長　様

住　所　木津川市

申請者　氏　名　　㊞

電　話（　　）　　―

申請額	金　　円

上記のとおり、　　年　　月分の老人医療費の支給を申請します。

負担者番号		受給者氏名	
受給者番号			
加入医療保険		保険記号番号	
受診医療機関等	（　　科）	受診期間・日数	入院・外来・歯科・調剤 月　日～　日【　日間】

医療機関等記入欄	年　　月分 受診証明書	総点数（a）	点
		結核・精神各法負担点数（b）	点
		差引点数（a）－（b）	点
		薬剤一部負担額	円
	上記のとおり診察し、自己負担金を領収したことを証明します。 年　　月　　日 所在地 医療機関等　名　称 氏　名　　㊞		

振込先口座	（　　支店・本店）	フリガナ	
		口座名義人氏名	
	普　通・当　座	口座番号	

※これより下には記入しないでください。

①　自己負担額	円	②　高額療養費	円	支給額 ①－（②＋③＋④）	円
		③　附加給付額	円		
		④　一部負担金	円		

（費用額　　円）×（負担割合　　%）＝（自己負担額　　円）

（薬剤一負金　　円）

（計　　円）

注　①　医療機関等の領収書を添付してください。また、高額療養費、附加給付金の給付を受けられた方については、各保険者の支給証明書等を添付してください。

②　申請書は、１医療機関１診療科１月ごとに作成し、各月最初の受診の際に医療機関等に提出し、受診証明書欄の記入を依頼いただき、月末（月の最後の受診日等）に受け取ってください。ただし、領収書により上記の証明内容が確認できる場合については、証明を省略いただいて結構です。