

# 老人医療費支給申請書

年 月 日

木津川市長 宛て

住 所 木津川市

申請者 氏 名

電 話 (                    )                    -

木津川市老人医療費の支給に関する条例施行規則第5条の規定により、

年 月分の老人医療費の支給を申請します。

負担者番号	4	1	2	6	0	1	5	9	フリガナ	
受給者番号									受給者氏名	生年月日:昭和 年 月 日
受診医療機関等	入院・外来・歯科・調剤・その他								受診期間数 受 日	月 日～ 日【 日間】

1. 前回申請口座と同様の口座に振込を希望します。
2. 下記の口座に振込を希望します。

振込口座	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	フリガナ								
			口座名義人								
口座種別	普通 ・ 当座		口座番号								

- 注 ① 必ず医療機関等の領収証書を添付してください。領収証書に診療報酬点数の記載がない場合、医療機関で補記していただき、補記された領収証書を添付してください。
- ② 高額療養費、付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。
- ③ 申請書は、1医療機関1か月ごと（入院・外来・歯科別）に作成してください。
- ④ 過去1年間に申請のない方は、必ず、口座情報（銀行名・支店名・預金種別・口座名義人・口座番号）についてご記入ください。

※これより下には記入しないでください。

負担割合	割	負担区分		限度額適用 開始日	年 月 日
合計点数	点	③高額療養費	円	⑥支給額	円
①窓口支払額	円	④付加給付額	円		
②自己負担額	円	⑤一部負担金	円		

⑥支給額＝①と②を比較して少ない方の額から③と④と⑤の和を差し引いた額

# 償 還 払 い の 方 法

## (府外で受診した場合)

『老人医療費支給申請書』に記入のうえ、木津川市役所国保年金課または西部出張所・加茂支所・山城支所にて申請してください。

① 申請書の作成について

申請書は、一つの医療機関（総合病院の場合は医科・歯科ごと）、区分別（入院・入院外・歯科・調剤・その他）に、1ヵ月ごとに1枚作成してください。

② 添付書類について

領収証書（原本）を必ず添付してください。領収証書の返還を希望される場合は、申請時にお申し出ください。領収証書に『医療費申請済』の確認印を押してお返しします（領収証書の写しを取らせていただきます）。

③ 加入医療保険で高額療養費の対象となる場合

保険証発行機関により、高額療養費の申請方法が異なります。保険証発行機関（会社の福利厚生部門等）で、高額療養費の請求についてご確認ください、高額療養費の支給決定通知を添付の上、申請してください。

④ 老人医療高額医療費申請について ※西部出張所では取扱いできません

1か月の医療費が下表の限度額を超えていた場合、申請により高額医療費が支給されます。高額医療費は、府内で受診された医療費も対象となりますので、該当する場合は、木津川市役所国保年金課または加茂支所・山城支所にてご申請ください。

区 分		自己負担限度額（月額）	
		外来（個人単位）	外来＋入院（世帯単位）
一 般		18,000円	57,600円 [*44,400円] ※過去12か月間に4回以上の高額医療費の支給があった場合、4回目以降は44,400円
低所得	区分Ⅱ	8,000円	24,600円
	区分Ⅰ		15,000円

お問い合わせ先：木津川市役所国保年金課医療係 0774-75-1214（課直通）