

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： 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 日 数	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	本店	フリガナ							
	信用金庫	支店	口座名義人							
	農協	出張所								
口座種別	普通 ・ 当座			口座番号						

注意事項

- 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、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。
- 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 支給申請は、支払日の翌日から起算して5年以内に行ってください。
- ⑤ 医療費の支給を初めて申請される場合や振込先口座の変更を希望される場合は、振込先口座を確認できる通帳等の写しを添付していただくか、ご持参ください。

※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附加給付額	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 口座について

医療費の支給を初めて申請される場合や振込先口座の変更を希望される場合は、振込先口座を確認できる通帳等の写しを添付していただくか、ご持参ください。

③ 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）。

④ 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いただき、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。

⑤ 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）