

〇〇年〇〇月〇〇日

京丹後市長 様

申請者 住所 京都府京丹後市〇〇町〇〇 △△番地

氏名 京丹後 二郎 印

電話 〇〇-〇〇-〇〇〇〇

老人医療費支給申請書

京丹後市老人医療費の支給に関する条例施行規則第8条の規定により、関係書類を添えて老人医療費の支給を申請します。

医療を受けた者の氏名	京丹後 二郎		
受給者番号	1010101	負担割合	1割・2割・3割
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	負担区分	区分Ⅰ・区分Ⅱ・一般・上
医療を受けた医療機関名等	〇〇〇病院		
入院・入院外等の別	入院・入院外・歯科・調剤・補装具・高額医療費・その他（ ）		
医療を受けた期間	〇〇年 〇〇月 診療分 日間		
医療に要した費用	(点数又は費用額) (一部負担金) (自己負担額) (支給額) 点・円 円 円 円		
保険種別	京丹後市国保（一般・退本・退扶）	記号・番号	丹〇〇〇-〇〇〇〇〇〇
	組 合 国 保（本人・扶養）	記号・番号	
	社 保（本人・扶養）	記号・番号	
振込み先金融機関	銀行 信金 農協 京都府信漁連 (金融機関コード: 支店コード:)	普通・当座	No 〇〇〇〇〇〇
	フリガナ	キョウタンコ ジョウ	口座名義人 京丹後 二郎

※ 必ず受診者の氏名及び保険点数が記入されている領収書等（レシートでも可）を添付してください。ただし、領収書等に受診者名及び保険点数の記入がない場合は、受診証明書をあわせて添付してください。

※ 太枠内は担当課で記入します。

事務処理欄
