

年 月 日

京丹後市長 様

申請者 住 所 京都府京丹後市

氏 名

電 話 - -

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					
受 給 者 番 号		負担割合	1割・2割・3割		
生 年 月 日	昭和 年 月 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					
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	令和 年 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	円
保 険 種 別	京丹後市国保 (一般・退本・退扶)		記号・番号 丹		
	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	フリガナ	
				口 座 名義人	

※ 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
