老人医療費支給申請書

対象者が記入するところ

平成　年　月　日

柏原市長　中野　隆司　殿

申請者
住　所　柏原市
氏　名　㊞
電　話　（　　）

次のとおり老人医療費の支給を申請します。

受給者番号		対象者氏名	
加入医療保険		被保険者名	
保険者番号		記号番号	―
申請理由	1　他府県　月分 2　補装具 3　看護科　月分 4　その他	添付書類	1　意見書 2　領収書 3　診療明細書 4　支給決定通知書 5　その他（　　）
		支給申請額	円

振込先金融機関	銀行・信金・信組・農協 支店	1　普通 2　当座	フリガナ 口座名義人	
			口座番号	

医療機関が記入するところ

診療期間	平成　年　月　日　～　平成　年　月　日　（実日数　日）			
診療区分	入院　入院外	医科　歯科　調剤　その他（　　）		
保険診療総点数	外来時の保険診療点数		公費負担分	領収金額
点	1回目　点	3回目　点	点	円
	2回目　点	4回目　点		うち薬剤領収金額
				円
医療機関の所在地及び名称	（所在地）			
	（名　称）			
医師の氏名	（氏　名）㊞			

費用額	保険者負担額	結核・精神・附加・高額	一部負担金		薬剤一部負担金	支給決定額
円	費用額× $\frac{}{10}$ ― （薬剤一部負担金） 円	円	1回	3回	円	円
			2回	4回		
			計			

受付印	受付番号	備考
	（　―　）	