

老人・福祉医療費助成 支給申請書

公費負担者番号								医療を受けた 方の氏名・ 生年月日	
受給者番号								(S H R . . 生)	
申請 区分	1. 取扱外医療機関受診 (外来 ・ 入院)							健康保険の 種類	国保 ・ 国組 ・ 政 ・ 組 ・ 共
	2. 療養費 (装具 ・ 一般診療 ・ その他)							保険者番号	
	3. 証交付前受診 (証交付日 / 、資格取得日 /)								
4. 老人医療高額療養費 (区分 :)							記号番号		
5. その他 ()									
保険者からの付加給付		無 ・ 有							

振 込 口座	(フリガナ)	金 融 機 関 名			種別	口座番号
	口座名義					
		銀行	本店	普通	当座	
	(続柄:)	農協 信用金庫 金庫				支店
<input type="checkbox"/> 前回と同じ口座への振込を希望 (『✓』をいれてください)						

下記の通り、医療費の支給を申請します。
 なお、この申請に関する事で、舞鶴市が医療機関等に確認することに同意します。

<申請者(保護者)>

令和 年 月 日 住所(〒 -)
 舞鶴市

舞 鶴 市 長 様

氏名 _____ (印)
 日中の連絡先(自宅・職場・携帯) ☎ ()

医療機関名	年月	日数	区分	点数	総医療費	点数 × 割数	領収額	附加 給付	一部 負担金	支給額
	/		入・外 その他 歯・調							
	/		入・外 その他 歯・調							
	/		入・外 その他 歯・調							
	/		入・外 その他 歯・調							
	/		入・外 その他 歯・調							
	/		入・外 その他 歯・調							
	/		入・外 その他 歯・調							

老 障 ひとり親

