

老人医療（一部負担金相当額一部助成）償還申請書

阪南市長 様

年 月 日

申請者 住所 .....

氏名 .....<sup>印</sup>

(電話 - - )

下記のとおり医療費の助成申請をいたします。支給決定額については、下記口座に振り込んでください。  
 なお、医療費の支給に関し、課税状況等の確認が必要なときは、課税台帳等の閲覧を承諾します。

※該当年月日 年 月 日

年 月診療分(補装具は意見書の月)		医 療 保 険	保険種別	
受 給 者	公費負担者番号		記号番号	
	受給者番号		保険者名	
	氏 名		所在地	
	生年月日	保険者番号		
申 請 内 容	1. 府外診療 2. 補装具装着 3. 一部負担金償還金 4. 医療証発行前受診(資格開始 年 月 日) 5. 医療証提示忘れ 6. その他( )	振 込	銀行・信用金庫 農協・信用組合	銀行番号 
			支 店	支店番号 
診 療 内 容	1. 医科(入院) 6. 補装具(外来) 2. 医科(外来) 7. 柔整 3. 歯科 8. 鍼灸マッサージ 4. 調剤 9. 看護・移送 5. 補装具(入院) 10. その他( )	口 座	種 別	普通・当座・その他
			口座番号	
			フリガナ	
			口座名義	

(医療機関記入欄)

領 収 明 細 書

領収金額.....円

対象者.....にかかると 年 月分保険診療分 <負担割合 割>

診療科名	科(入院/入院外)	年 月 日～ 日 ( )日間			
診療日	保険診療点数	公費負担 (結核・精神等)	保険診療分 患者負担金	一部負担助成 一部自己負担金	備考
	点	点	円	円	
	点	点	円	円	
	点	点	円	円	
4日目以降計	点	点	円	円	

年 月 日 医療機関等 所在地  
 名 称

<sup>印</sup>

※ここから下は、記入しないでください。

医療費総額 (保険適用分) A	保険一部負担金 (A×負担割合) B	高額療養費 C	家族療養附加金 D	公費負担医療 助成金(80を除く) E	福祉庭医療 一部負担金 F	支給決定額 B-C-D-E-F