

平成17年 2月 1日

京丹後市長 様

申請者 住所 京丹後市大宮町口大野123番地の1

氏名 京丹後 二郎 印

電話 (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	申請者と同じ				
受給者番号	1010101	負担割合	1割・2割		
生年月日	昭和15年 1月 1日				
医療を受けた医療機関名等 (総合病院の場合は診療科目)	公立〇〇病院 消化器科				
入院・入院外等の別	入院・入院外 歯科・調剤・補装具・その他 ()				
医療を受けた期間	平成 〇〇 年 ×× 月分	3 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) 費用額×0.3 費用額×0.1又は0.2				
保険種別	京丹後市国保	記号・番号	丹101-123456		
	組 合 国 保	記号・番号			
	社 保	記号・番号			
振込み先 金融機関	銀行 信金 農協 京丹後 京都府信漁連 大宮 支店	普通 当座	No 1234567	フリガナ	キョウトango ジロウ
	(金融機関コード: 300 支店コード: 001)			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、受診証明書を必ず添付してください。

事務処理欄