

本人確認						
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留
	保険	受給	児扶	特児	年金	

大垣市老人医療費支給申請書

年 月 日

大垣市長様

申請者住所 大垣市

(受給資格者)氏名

電話

受給資格者	受給者証番号	6 0 2 -	個人番号	
	氏名		生年月日	昭和 年 月 日
加入医療保険	被保険者(世帯主)氏名		受給資格者との続柄	
	記号番号		保険者番号	
振込金融機関	金融機関名	銀行 金庫 農協	口座名義人	口座種別
		店	フリガナ	普通・当座
			口座番号	

次のとおり診療等を受けたので、医療費助成金の支給を申請します。

診療月	平成 年 月 分		
診療区分	入院	入院外	コルセット
保険給付割合	7割・8割	7割・8割	7割・8割
実日数	日	日	日
保険点数(総費用額)	点	点	点
上記のうち他法公費負担対象点数	点	点	点
一部負担金(垣老適用前)	円	円	円

支給内訳	区分	A 一部負担金(垣老適用前)	B 一部負担金(垣老適用後)	C (A - B)	支給決定額(D+E+F)
	入院	円	円	D 円	円
	入院外	円	円	E 円	
	コルセット入・外	円	円	F 円	

(注意事項)

- この申請書を市役所に提出する際には、被保険者証、高齢受給者証(70歳以上のみ)、垣老受給者証、受給対象者の預金通帳(初回申請時のみ)、医療機関発行の領収書をお持ちください。領収書は必ず月単位でまとめてください。
- 療養費の支給の対象となる医療(やむを得ない理由で被保険者証を提示せずに受診、コルセットを装着等)を受けたときは、加入医療保険の支払決定通知書を添付してください。

受付	入力	確認