

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	

大垣市老人高額医療費支給申請書

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											個人番号										
	氏名											生年月日										
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										
受取口座	<input type="checkbox"/> 受給資格者の公金受取口座を利用します。 ※国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、上記にチェック(☑)してください。 ※本申請書提出後に公金受取口座を変更した場合は、別途その口座が分かる書類の提出が必要です。																					
振込金融機関	金融機関名										口座名義人										口座種別	口座番号
	銀行 金庫 農協 店										フリガナ										普通 当座	

次のとおり診療等を受けたので、高額医療費助成金の支給を申請します。

診療月	年 月分		入院		入院外		医療機関名				
	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	
	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	
	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	
	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	
	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	実日数	日	点(円)	一部負担金	円	

※上記表における一部負担金は、垣老適用後の金額を記入してください。

支給内訳	負担区分	一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ			
	入院・入院外区	A 一部負担金合計	B 自己負担限度額	A - B	支給決定額 (C + D)
	入院外	円	円	C 円	円
入院 + 入院外	円	円	D 円		

(注意事項)

この申請書を市役所に提出する際には、現在加入している医療保険の被保険者であることを証明するもの、医療費の自己負担割合が分かるもの、垣老受給者証、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。

受付	入力	確認	マイボ