

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	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		
入院	入院外	医療機関名	
実日数 日 一部負担金 点(円) 円	実日数 日 一部負担金 点(円) 円		
実日数 日 一部負担金 点(円) 円	実日数 日 一部負担金 点(円) 円		
実日数 日 一部負担金 点(円) 円	実日数 日 一部負担金 点(円) 円		
実日数 日 一部負担金 点(円) 円	実日数 日 一部負担金 点(円) 円		
実日数 日 一部負担金 点(円) 円	実日数 日 一部負担金 点(円) 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・入院外区分	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
	入院外	円	円	D 円
				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。

受付	入力	確認