

⑧ 老人医療費支給申請書

令和 年 月 日

(あて先) 亀岡市長

申請者 (受給者)	住所	〒	—						
		亀岡市							
	氏名								
	電話番号	—	—	自署であれば押印省略可					

次のとおり老人医療費の支給を申請します。

医療を受けた者の氏名	受給者番号	7							
	生年月日	昭和	年	月	日				
医療を受けた病院 (総合病院の場合は診療科目)									
入院・入院外の別及び 医療を受けた期間	入院・入院外	年	月	日から	年	月	日まで	月診療分	
医療に要した費用 (対象総点数)	対象総点数	老人医療費支給額						円	
申請理由	1. 他府県診療	2. 装具	3. その他	2割(一般・区分Ⅰ・区分Ⅱ)・割					
加入医療保険	被保険者、組合員 (世帯主)氏名	住所	亀岡市 <input type="checkbox"/> 上記に同じ						
	保険種別	国組・政・組・日・船・共・国・国(退)	記号番号	附加給付 の有・無					
	被保険者証 発行機関名	(保険者番号)	所在地						
支払場所の指定	上記の金額は下記口座に振替願います。								
	支払指定金融機関 又は支払場所	銀行 信用金庫 農協						本店	支店
		金融機関コード				支店コード			
	預金の種別 及び口座番号	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
口座名義									

委任状

私は、_____を代理人と定め、上記の受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

氏名 Ⓜ