第９号様式（第１４条、第１６条関係）

老　老人医療費支給申請書

（宛先）亀岡市長			年　月　日
申請者 住　所	〒　－	申請者 氏　名	
		電話番号	

下記のとおり、書類を添えて医療費の支給を申請します。

医療を受けた人	フリガナ			受給者番号	
	氏　名			生年月日	年　月　日
				個人番号	
加入医療保険	記号・番号	国保	記号　番号	保険者の名称	（保険者番号　）
		その他	記号　番号		（保険者番号　）
申請内容	☐ 府外受診 ☐ 装具 ☐ 証交付前受診（申請月受診） ☐ 高額療養費（区分Ⅰ・区分Ⅱ・一般）／附加給付（有・無） ☐ その他（　）				

他の制度による自己負担額相当額又はその一部の支給の有無

【　支給あり（制度名：　）（費用徴収の有・無）　／　支給なし　】

振込先金融機関	金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード
	銀行 金庫 農協		本店 支店	
	口座名義人（カタカナ）	預金種別	口座番号（右詰め）	
		普通 当座		

☐ 公金受取口座を利用する

合算の対象となる人で医療を受けた人に一括申請してもらう人			
氏名	受給者番号 （　）	氏名	受給者番号 （　）

委　任　状

私（委任者）は、＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、老人医療費の受領に関する権限を委任します。

年　月　日

氏名　㊞

市使用欄	☐ 傷病原因第三者行為以外であることを確認済 ☐ 領収書【　原本（返却は不要）　／　複写　】提出済 ☐ 同月診療分の追加申請はしないことを確認済 ☐ 保険者支給の有無【　支給あり（高額・装具）／　支給なし　／（国保確認者：　）】確認済 ☐ 給付記録台帳記入済（受付担当：　）