4	1	2	6	0	1	0	0

老人医療費支給申請書

次のとおり老人医療費の支給を申請します。

（宛先）長岡京市長

申請者　住所　長岡京市

氏名

電話

令和　　年　　月　　日

受給者	受給者番号		加入医療保険	記号番号	
	住所	長岡京市		被保険者氏名	
				保険者名	
	氏名	申請者との続柄（　　）		保険者番号	
	生年月日	昭和　　年　　月　　日		種類	国・協・組・船・共

振込先	金融機関・支店名	預金種別	口座番号	
	銀行 信用金庫　　支店 農協	普通 当座	フリガナ	
			名義	

高額療養費に該当する場合

他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けられるか否か	□受けられる〔制度名　　〕　費用徴収 有・無 □受けられない

世帯合算	合算の対象となる方で上記受給者に申請してもらう場合　令和　　年　　月　　日 私は、＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。		
	氏名	氏名	氏名

（注）この申請書は、医療機関で現金を支払った場合に提出するものです。申請の際は、領収書(原本)を添付してください。領収書のない場合は、裏面の診療証明書欄に医療機関等で証明を受けてください。

審査決定（記入不要）	診療月	平成 令和　　年　　月分	診療実日数	日	国保　社保	1割　2割　3割
	診療区分	入院　入院外	1医科　3歯科　4調剤　その他		総医療点数	点
	自己負担額 Ⓐ 円	高額療養費 Ⓑ 円	附加給付額 Ⓒ 円	公費負担額 Ⓓ 円	一部負担額 Ⓔ 円	
	※高額療養費	入院　有・無	所得区分　低Ⅰ　低Ⅱ　一般　現役			
	自己負担額計 Ⓐ 円	高額療養費 Ⓑ 円	附加給付額 Ⓒ 円	公費負担額 Ⓓ 円	限度額 Ⓔ 円	
	備考	支給決定額 Ⓐ－Ⓑ－Ⓒ－Ⓓ－Ⓔ	円	審査		

（裏面）

領収書のない場合には、医療機関等で以下の診療証明書欄に証明を受けてください。

診療証明書	総医療点数欄は保険診療適用分のみご記入ください。						
医療機関等記入欄	診療月	令和　　年　　月分		氏　名			
	診療区分	1 医科　3 歯科　4 調剤　その他		入外区分	1 入院　2 入院外	診療実日数	日
	総医療点数	点	他法負担	（　　）			点
	領収金額（保険診療分）	円	所在地・住所				
	令和　　年　　月　　日 上記のとおり証明します。		名称・氏名				㊞

診療証明書	総医療点数欄は保険診療適用分のみご記入ください。						
医療機関等記入欄	診療月	令和　　年　　月分		氏　名			
	診療区分	1 医科　3 歯科　4 調剤　その他		入外区分	1 入院　2 入院外	診療実日数	日
	総医療点数	点	他法負担	（　　）			点
	領収金額（保険診療分）	円	所在地・住所				
	令和　　年　　月　　日 上記のとおり証明します。		名称・氏名				㊞

診療証明書	総医療点数欄は保険診療適用分のみご記入ください。						
医療機関等記入欄	診療月	令和　　年　　月分		氏　名			
	診療区分	1 医科　3 歯科　4 調剤　その他		入外区分	1 入院　2 入院外	診療実日数	日
	総医療点数	点	他法負担	（　　）			点
	領収金額（保険診療分）	円	所在地・住所				
	令和　　年　　月　　日 上記のとおり証明します。		名称・氏名				㊞