

老人保健 医療費支給申請書

負担者番号		2 7 1 2 0 0 8 8	受給者名					
受給者番号			生年月日		1. 明 2. 大 3. 昭	年	月	日
加入 保 険	保険者番号		性 別		1. 男 2. 女	日 数	日	
	名 称		入外区分		0. 外来 1. 入院	食事日数	日	
	記 号		医療機関		4. 平成 年 月 日 から			
	番 号				4. 平成 年 月 日 まで			
診 療 年 月		4. 平成 年 月 診療		給付割合		9 割	8 割	10 割
医 療 の 種 類		1. 一般診療 2. 補装具 3. 柔整 4. アンマ・マッサージ 5. 鍼・灸 7. 移送費用 8. その他 (1. 海外医療費)						
傷 病 名		疾病コード		受領委任 コード				
診療を受けた医療機関 等の所在地及び名称		機関コード		発病又は、 負傷の原因		長期	1. 長期	
申 請 の 理 由		医師が同意したため				公 費 別		
診療・調剤又は、手当てに従事した医 師、歯科医師、薬剤師等の氏名						公 費 別		
医療に要した費用 (A)		支 給 額						
患 者 負 担 額 (B)		支 給 額						
食事に要した費用 (C)		審 査 会 認 定 (A)						
食事標準負担額 (D)		審 査 会 認 定 (C)						
振 込 先	銀行名/コード		銀行 農協 信金	コード	支店名/コード		支店	コード
	口座番号		預 金 種 目		1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 0. 窓口払			
	口座名義人		備 考					
<p>上記のとおり医療に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>(受給者) 氏名 _____ (印)</p> <p>電話 _____</p> <p>宛て先 野田市長 根本 崇 様</p>								

※太枠の中のみ記載して下さい