

- 老人医療費支給
- 福祉医療費（障害・ひとり親）支給
- 子育て支援医療費助成
- 重度心身障害老人健康管理費支給

申請書

申請者 (受給者・ 保護者)	住所	〒□□□-□□□□	フリガナ
		宮津市字	氏名
		番地	
		電話 (- -)	

令和 年 月 日
 宮津市長 様
 下記のとおり医療費等の支給を申請します。(該当する項目に \square または \square をしてください。)
 申請理由 (府外受診 ・ 受給者証等交付前受診 ・ 受給者証未提示 ・ 補装具 ・ 限度額超過)

受診者 (医療を 受けた者)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 申請者以外			

受給者証番号	負担者番号									※記入不要 (適用年月日) 年 月 日
	受給者番号									

加入 の 健康 保険	被保険者の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外 (氏名 :)			
	区分	保険者の名称	保険者番号	被保険者の記号番号	
	国保	宮津市	260067	宮 -	
	協会けんぽ	全国健康保険協会 京都支部・()	01260017・()		
	健保組合	健康保険組合			
	共済組合	共済組合			
	国保組合	国民健康保険組合			
その他					

医療を受けた 内容	医療機関名等		区分	診療年月	日数
	1		入院・入院外・歯科・ 薬剤・補装具・その他	令和 年 月	日
	2		入院・入院外・歯科・ 薬剤・補装具・その他	令和 年 月	日
	3		入院・入院外・歯科・ 薬剤・補装具・その他	令和 年 月	日

振込先 金融機関 (該当するもの に \square をしてくだ さい)	金融機関名			口座番号 (店番不要)	
	京都・() 銀行	本店	普通	口座名義人	
	京都北都・() 信用金庫				
	京都・() 農業協同組合				
	近畿労働金庫			フリガナ	
	京都府信漁連			氏名	
ゆうちょ銀行	支店				

注意していた
 だくこと
 ①この申請書は、診療月ごとに提出してください。
 ②医療機関などが発行した領収書を必ず添付してください。
 ③交通費、薬の容器代及び個室専用料など医療保険の給付外のもの、支給の対象外となります。

※ 以下は記入の必要はありません。

	番号	件数	点数①	医療費② (①×10)	自己負担額③ (②×0.3)	受給者の 支払額④	③と④の少な い方の額⑤	高額療養費 支給額⑥	一部負担金 (老・子)⑦	医療給付金 ⑤-⑥-⑦
確認印			点	円	円	円	円	円	円	円
			点	円	円	円	円	円	円	円
			点	円	円	円	円	円	円	円
			点	円	円	円	円	円	円	円