

老人保健 医療費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------|---|---|------|-------------------------|---------------|---------|--------------------------|-------------|---------|----|-----------|
| 市町村番号 | 2 | 7 | 1 | 9 | | | | 療養を受けた | 受給者名 | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | 生年月日 | 1.明 2.大 3.昭 | | | |
| 加入 保険 | 保険者番号 | | | | | | | | | 性別 | 1.男 2.女 | 入外 | 1.入院 2.外来 |
| | 名称 | | | | | | | | 給付割合 | 8割 9割 10割 | 日数 | | 日 |
| | 記号 | | | | | | | 医療期間 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | | | | |
| 番号 | | | | | | | 診療年月 | | 平成 年 月 診療 | | | | |
| 医療の種類 | 1.一般診療 2.補装具 3.柔整 4.あんま・マッサージ 5.はり・きゅう 7.移送費 8.その他 | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | 発病又は 負傷年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| 診療・薬剤の支給又は 手当を受けた病院・ 診療所・薬局等 | | | 所在地 | | | | | | | | | | |
| | | | 名称及び医師 又は薬剤師氏名 | | | | | | | | | | |
| 発病の原因 診療の内容 及び傷病の経過 | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付、 入院時食事 療養費の支給 又は特定療養費の 支給を受ける ことのできなかつた 理由 | | | 1.旅行中発病し被保険者証を所持していなかった。 2.旅行中発病し被保険者証を提出したが、保険診療をしてもらえなかった。 3.遠隔地の被保険者証を提出したが、保険診療をしてもらえなかった。 4.保険診療していない病院・診療所等での診療を必要とした。 5.医師の診断により(治療用装具・生血・移送)を必要とした。 6.その他 () | | | | | | | | | | |
| 医療に要した費用額 | | | | | | 食事標準負担額 | | | | | | | |
| 一部負担金 | | | | | | 支給額 | | | | | | | |
| 食事に要した費用 | | | | | | | | | | | | | |
| 振 込 先 | 金融機関名・コード | | | | | | | 本・支店コード | | | | | |
| | 口座種別 | 普通 当座 貯蓄 窓口払 | | | 口座番号 | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | フリガナ | | | | 漢字 | | | | | | | |
| 上記のとおり医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請いたします。 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 (受給者) | | | | | | 住所 氏名 電話 | | | | | | | |
| 長 殿 | | | | | | | | | | | | | |