様式第16号(様式第16条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老人保健医療費支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療受給証の受給者番号 | | |  | | | | | | | 医療を受けた受給者氏名 | | | |  | | | | | | | | 生年  月日 | | | |  | |
| 医療受給者の現住所 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 負担割合 | | 割 |
| 加入保険者 | 名称 | | | | |  | | | | | | | | | | 被保険者証の記号番号 | | | | | |  | | | | | |
| 所在地 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 疾病名 | |  | | | | | | 発症又は負傷年月日 | | | | 年　月　日 | | | | | | 診療期間 | | | | | 自　　年　月　日  至　　年　月　日  日間 | | | | |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた費用の額 | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療を受けた病院、診療所、薬局の | | | | | | | | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療等に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 医療の給付を受けることができなかった理由 | | | | |  | | | | | | 発症又は負傷の原因 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 傷病の経過 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 診療等の内容 | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 受取方法 | | | | 金融機関 | | | | 農協・信用組合  銀行・信用金庫  金庫・信漁連 | | | | | | | | | | | 支店  支所  本店 | | | | | | | | |
| 口座振込  ・  現金受取  (いずれかに○) | | | |
| 口座種別 | | | | 1　普通  2　当座  3　その他(　　　　) | | | | | | | 口座番号 | | | | | |  | | | | | | |
| 口座名義人(カナ) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (委任状)私は、　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任します。  　私について発生する上記の医療費の受領に関すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | ㊞ | | | |
| 代理人 | 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | ㊞ | | | |
| 上記について、医療に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。  (領収書・明細書等)  　　　　　　年　　　月　　　日  住所  申請者  氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  出雲市長　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |