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 |