

様式第6号(第10条第2項関係)

年 長 者 医 療 費 支 給 申 請 書

年 月 日

島 本 町 長 殿

申請者 住所 島本町

氏名

印

電話

次のとおり年長者医療の支給を申請します。なお、次の振込先に振り込んでください。

受給資格者	フリガナ 氏名		対象者番号	
	住所	申請者と同じ 島本町 丁目 番 号	生年月日	明・大・昭 年 月 日
保 険	世帯主・被保険者		発行機関名	
	記 号 番 号		保険者番号	
	政・組・日・船・共・国・国組・退(本人・家族)		附加給付	有 ・ 無
振込先	銀行 農協 信金・信組	支店	普通 ・ 当座	口座番号
				(カタカナ) 口座名義
医療費支給申請額		円		

領 収 書

右の領収書は医療機関において記入してもらってください	傷病名 (記入しがたい場合は記入不要)		診療科目 医科・歯科・調剤・その他 入院・入院外()		診療機関実日数() 年 月 分			
	領収金額 ¥ _____		保険診療 総点数	点	1回目	2回目	3回目	4回目
	保険診療(食事に係る給付を除く。) 自己負担額		薬剤の 一部負担金	円	公費負担分 (結核・精神等) 点			
	医療機関等	住所(所在地) 氏名(名称)						

町 民 税	自己負担額(給付率 %)	一部負担金相当額入院・外来・免除	薬剤一部負担金
非・課	円	円	円
附加給付	附加給付率	支給決定額	
円		円	