

一部負担金の領収書のコピーを添付してください。

(返却はいたしません。)

事務長	課長	係員

(平成 21 年 9 月分) 医療付加金支給申請書

受診者	記号番号	医 11-11111	氏名	京都 太郎		
	生年月日	明・大 昭・平 14年1月1日生(69歳)			(准)組合員との続柄	本人
	現住所	〒 600-0000 京都府京都市下京区〇〇町△△番地1 電話番号 075-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
受診医療機関	名称	〇〇病院				
	所在地	京都府 京都郡 市				
療養期間	入院・外来	平成21年9月1日から同月13日まで			日数	13日間
療養に要した費用	183,000 円			公費負担の有無	有・無	

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて医療付加金を申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

平成21年12月22日

(准)組合員氏名

京都 太郎



上記の医療付加金は、下記の預金口座に振り込み願います。

〇	〇	銀行	〇	〇	普通	1234567
フリガナ		信用金庫	支店		当座	
京都		キョウト	タロウ			
名義人氏名		京都 太郎				

組合記入欄	該当	一般・多数	資格	従来・特定	9割・8割・7割	
	決	費用額	円	世帯の所得	上位所得・一般・低所得	
		保険者負担分	円	*備考		
	済	高額療養費支給額	円			
		一部負担金	円			
	処	支給額	円			
		支払年月日				
	理	*支給しない理由				