

【老】福祉医療 高額医療費支給申請書

| | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|------------------|-------|-------|-------|-------|
| ①(ふりがな) 氏 名 | ----- | | | ② 医療受給証 受給者番号 | ----- | ----- | ----- | ----- |
| ③生年月日 | 昭和 年 月 日生 | | | ⑤ 電話番号 | ----- | | | ----- |
| ⑥ 住 所 | 南丹市 | | | | | | | |
| ※ 請求診療年月 | <input type="checkbox"/> 外来 年 月診療分 (日間) | | | | ----- | | | |
| | <input type="checkbox"/> 入院 年 月診療分 (日から 日まで 日間) | | | | ----- | | | |

| | |
|------------------|---------------|
| ⑦ 保険者の名称、事務所の所在地 | ⑧ 被保険者証等の記号番号 |
| ----- | ----- |

⑨他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

受けられる (制度名一) (費用徴収の 有 ・ 無)

受けられない

南 丹 市 長 様

上記のとおり、高額医療費の支給を申請します。
また、後で加入する医療保険制度から当該申請分の高額療養費の償還を受けた場合、既に支給を受けた福祉医療費助成費との重複額がある場合についてはその重複額を返還します。

令和 年 月 日

申請者 氏 名 (印)

| 世帯負担区分 | 入・外 | 日数 | 医 療 費 | 2割3割負担額 | 窓徴収額 | 口額 | 現保給 | 物・者額 | 世帯度額 | 世帯世給額 | 最終自己負担額 | 高額医療費支給額 |
|--------|-----|----|-------|---------|------|----|-----|------|------|-------|---------|----------|
| | | | | | | | | | | | | |

※(注意) 裏面も忘れずにご記入ください。

【老】福祉医療 高額医療費支給申請書(裏)

合算の対象となる方で表面①の方に一括申請してもらう方

| | | | | | |
|----|--|----|--|----|--|
| 氏名 | | 氏名 | | 氏名 | |
|----|--|----|--|----|--|

(委任状)

私は、_____を代理人と定め、次の権限を委任する。
 令和 _____年 _____月 _____日請求した高額医療費の受領に関する事。
 申請者の住所、氏名

_____ (印)

_____ (印)

_____ (印)

代理人の住所、氏名

_____ (印)

【高額医療費申請遅延理由申立書】

本来速やかに請求すべきところ、下記の理由により本日付をもって請求することとなりました。

上記のとおり申し立てます。

| | | | | | | | |
|-------------|------------------|-----------------|--------|------|--|--|--|
| 口座振替 依頼欄 | 銀行 信用金庫 農協 | 本店 支店 出張所 | 種目 | 口座番号 | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 1 普通預金 | | | | |
| | | | 2 当座預金 | | | | |
| | | | 3 その他 | | | | |
| | 口座名義人 | (フリガナ) | | | | | |