

高齢期移行者医療高額医療費支給申請書 (年 月 診療分)

1 口座
2 窓口

① (フリガナ) 受給者氏名		② 受給者証の 受給者番号					
③ 生年月日 昭和 年 月 日生		④ 性別 男 ・ 女					
		⑤ 電話番号 - -					
⑥ 住所 〒 - 神戸市 区							
⑦ 保険者の名称 ・ 所在地				⑧ 被保険者証 の記号番号			
⑨ 医療機関に支払った金額 外来： 円 ・ 入院： 円							
⑩ 口座 振替 依頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所 支所		預金種目		1 普通 2 当座 4 貯蓄
	金融機関コード		支店コード		口座番号		
	口座名義		(フリガナ)		備考		
⑪ 他の制度による自己負担相当額またはその一部の支給の有無 <input type="checkbox"/> 支給を受けていない <input type="checkbox"/> 支給を受けている (制度名： 費用徴収の有無： <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし)							
⑫ 同じ世帯の他の高齢期移行者医療費助成受給者 (裏面もご覧ください)							

(フリガナ) 受給者氏名	受給者証の受給者番号	医療機関に支払った金額
		外来： 円 入院： 円
		外来： 円 入院： 円
		外来： 円 入院： 円

令和 年 月 日

神戸市 区 宛
上記のとおり、高額医療費の支給を申請します。

申請者 住所：神戸市 区
(受給者) 氏名： 印 電話番号 - -

※日中連絡がつく電話番号を記入してください。

※この申請書を提出していただいた場合は、高額医療費支給に係る負担区分の判定のため、市が受給者及び受給者の属する世帯の世帯員全員の所得を調査することになります。

決 裁 欄	令和 年 月 日 決裁				公開の状況 公開・ <u>部分公開</u> ・非公開 情報公開条例第10条 第1号に該当 分類17・04・05・04 保存5年	<input type="checkbox"/> 世帯確認 <input type="checkbox"/> 高額療養費等確認 <input type="checkbox"/> 支払データ確認 <input type="checkbox"/> 領収書確認		備考
	課長	担当係長	係	受付		支払決定金額	(外来)	
					円		円	
							(世帯)	円

表面⑫の方が高額医療費の支給申請または受領を委任される場合は、下記にご記入
ください。

(委 任 状)

私は、_____を代理人と定め、次の権限を委任する。

- 高額医療費の支給申請に関する事。
- 高額医療費の受領に関する事。(全部・一部)

申請者の住所・氏名

住所： _____ 氏名： _____ 印 _____

住所： _____ 氏名： _____ 印 _____

住所： _____ 氏名： _____ 印 _____

代理人の氏名・住所

住所： _____ 氏名： _____ 印 _____
