

(注意) 裏面も忘れずにご記入ください。

※下欄は記入しないでください。

審査支給決定	総医療費		自己負担額	保険者高額療養費	一部負担金	支給決定額
	備考					
※ 確認 ☐ 番号確認 ☐ 実存確認					取扱者（ ）	

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の方に一括申請してもらう方

[illegible]

(委任状)

私は、を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日に請求した高額医療費の受領に関すること。

住所 福知山市

申請者

氏 名

住所 福知山市

申請者

氏 名

住 所 福知山市

申請者

氏 名

住所 福知山市

代理人

氏 名

高額医療費は、下記の口座へお振込みください。

口座振替依頼	金 融 機 関 名	種目	口 座 番 号						
	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店	普通 当座						
	口 座 名 義								