

## 記入例

(第13条関係)

## 福祉医療 高額医療費支給申請書

フリガナ	フクチ タロウ							個人 番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
氏 名	福知 太郎 (生年月日 S〇〇 年〇 月〇 日)																			
住 所	〒620-8790 福知山市 字内記13-1 (TEL 0773 - 24 - 0000 )																			
市町村番号	4	1	2	6	0	0	2	7	受給者番号											
保険者番号 名 称	2 6 0 0 2 6							被保険者証等 の記号番号	記 号	福0000										
	( 福知山市 )								番 号	1 2 3 4 5 6										
他の制度により自己負担 額相当額又はその一部の 支給を受けられるか否か							<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名 : )													
							<input type="checkbox"/> 受けられない (費用徴収の有無 有 ・ 無 )													
福知山市長 様																				
上記のとおり、高額医療費の支給を申請します。 〇 年 〇 月 〇 日																				
住 所 福知山市 字内記13-1																				
氏 名 福知 太郎																				

(注意) 裏面も忘れずにご記入ください。

・「裏面（下段）」に振込口座をご記入ください。

・ 郵送申請の場合は、本人確認書類コピーを添付の上、この申請書と領収書を  
一緒にご提出ください。

査 支 給 決 定						
	備 考					
※ 確認 <input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 実存確認 取扱者 ( )						

福祉医療 高額医療費支給申請書（裏）

[illegible]

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、次の権限を委任する。

住所 福知山市

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

口座振替依頼	金 融 機 関 名		種目	口 座 番 号							
	ゆうちょ	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店	普通 当座	1	2	3	4	5	6	7
		口 座 名 義		フクチ タロウ							