

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	2 6 0 0 2 6							被保険者証等 の記号番号	記号	福0000											
名称	(福知山市)								番号	123456											
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。

○ 年 ○ 月 ○ 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。

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 ()		

裏面

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

氏名		個人番号											
氏名		個人番号											
氏名		個人番号											

(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。

申請者 住 所 福知山市
氏名

申請者 住 所 福知山市
氏名

申請者 住 所 福知山市
氏名

代理人 住 所 福知山市
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							
	ゆうちょ	銀行 信用金庫 農業協同組合	四四八		本店	普通	1	2	3	4	5	6
	口 座 名 義		フクチ タロウ									