様式第３号（第１３条関係）

福祉医療　高額医療費支給申請書

フリガナ		生年月日	年　月　日
氏　名			
住　所	〒 福知山市 （℡　）		
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	（　）	健康保険の記号番号	記　号 番　号
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	□　受けられる　（制度名：　） □　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

氏　名

（注意）裏面も忘れずに御記入ください。

※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　□本人確認				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

氏　名		氏　名	
氏　名		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。

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
	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店	普通 当座	
	口　座　名　義			