

加東市長 宛

当該申請にかかる診療について  
また、加東市が支給事務に  
行うことに同意します。

太枠内のほか、申請日、  
申請対象月を記入ください。

下記のとおり申請します。  
収入資料および医療費の調査を

○ 年 ×× 月 △△ 日

世帯主(申請者)	住所	加東市杜50番地			
	個人番号 (マイナンバー)	×××× ×××× ××××	被保険者証番号	○○○○○○○○	
	フリガナ	カトウ テンノスケ			
	氏名	加東 伝の助		電話 (△△△△) △△ - △△△△	
振込先口座	金融機関	○×△	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> ( )	種別 普通当座
	口座番号	◇◇◇◇◇◇◇◇	フリガナ	カトウ テンノスケ	
			口座名義人	加東 伝の助	

※医療機関での支払いが終わっていない場合は、申請できません。  
支払いが終わってから申請してください。

※本人確認書類には、1点(公的機関発行の顔写真付身分証明書)または2点(公的機関発行の身分証明書1点と、氏名等が)

必要がありましたら、  
委任欄も記入・押印ください。

※世帯主以外の口座に振込を希望される場合、または別世帯  
以下の委任欄を委任者(世帯主)が全てご記入・押印ください。

委任欄	委任者 (世帯主)	<input type="checkbox"/> 上記により支給される高額療養費の受領を次の者に委任します。 <input type="checkbox"/> 高額療養費に係る申請を次の者に委任します。	氏名	印
	受任者	住所	氏名	続柄 ( )
		電話 ( )	—	

以下は記入しないでください。

<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	多数該当:	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			
<input type="checkbox"/> 世帯合算	有・無	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			
70未満:ア・イ・ウ・エ・オ	支給決定額				
70以上:現(I・II・III) 一 低(I・II)					
届出者: <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員( ) <input type="checkbox"/> 代理人( )					
本人確認: <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )					
資格	未納	第三者行為	個人番号	受付	受付者
/	有・無	有・無	<input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 本人確認	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵便	

申請書内訳

1	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
			支払金額	円	

2	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
			支払金額	円	

3	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
			支払金額	円	

4	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
			支払金額	円	

5	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
			支払金額	円	

6	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
			支払金額	円	

7	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
			支払金額	円	

8	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
			支払金額	円	