

高齢期移行者医療高額医療費支給申請書

受給者の氏名・性別	男・女		受給者番号	
受給者の生年月日	昭和 年 月 日			
保険者の名称 (保険者番号)	()		保険種別	国保・社保
被保険者証の記号番号	記号		番号	
医療機関等の名称及び所在地	入院・ 外来の別	医療を受けた期間		一部負担金の額
(1)	入院	令和 年 月 日から		
	外来	令和 年 月 日まで		
(2)	入院	令和 年 月 日から		
	外来	令和 年 月 日まで		
(3)	入院	令和 年 月 日から		
	外来	令和 年 月 日まで		
(4)	入院	令和 年 月 日から		
	外来	令和 年 月 日まで		
(5)	入院	令和 年 月 日から		
	外来	令和 年 月 日まで		
(6)	入院	令和 年 月 日から		
	外来	令和 年 月 日まで		
合算の対象となる方の氏名及び医療費受給者証の受給者番号				
氏名				
受給者番号				
他の制度により自己負担額相当額また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—) (費用徴収の 有・無)				
受けられない				
加東市長 様 上記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて高額医療費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ TEL () _____				

(注意) 裏面も忘れずにご記入下さい。

高齢期移行者医療高額医療費支給申請書(裏)

(委任状)

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日請求した高額医療費の受領に関すること。

申請者の住所

氏名 _____ 印 _____

代理人の住所

氏名 _____ 印 _____

振込金融機関名	預金種別	1 普通	2 当座
銀行 本店	口座番号		
信用金庫 支店	フリガナ		
信用組合 出張所			
農業協同組合	口座名義人		

※ 以下については申請者は記入不要です。(市記入欄)

受給者のみの場合	世帯合算する場合
一部負担金合計支払額 (_____ 円)	①受給者名 (一部負担金合計支払額) (_____ 円)
自己負担限度額 (_____ 円)	②受給者名 (一部負担金合計支払額) (_____ 円)
	世帯の一部負担金の合計額 = _____ 円
	世帯として的高額医療費支給額 = _____ 円 - _____ 円
受給者への支給額 = _____ 円 - _____ 円	受給者①への支給額 = _____ 円 × _____ 円 / _____ 円
	= _____ 円