

【記入例】

高齢期移行者医療高額医療費

受給者証の2段目に記載されている7桁の受給者番号を記入してください。

受給者の氏名・性別・生年月日を記入してください。	加東 花子	男・女	受給者番号	2600001
昭和 32 年 1 月 1 日				
保険者の名称 (保険者番号)	健康保険証をコピーし、添付してください。 (対象者の受給者氏名が記載されたもの)			保険証コピー添付により この欄への記入不要
被保険者証の記号番号				

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)	この欄への記入は不要です。		
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
(6)			

合算の対象となる方の氏名及び		配偶者等で、同じ世帯に他の高齢期移行者医療費受給者が居る場合は、その方の氏名と受給者番号を記入してください。※居ない場合は記入不要
氏名	受給者番号	

この欄への記入は不要です。

加東市長 様

上記のとおり支払いましたので

令和 年 月 日

申請者 住所 加東市社50番地

氏名 加東 花子

TEL (090) 1234-5678

申請者の住所・氏名・電話番号を記入して下さい。
電話番号は平日昼間に連絡がとれる番号をご記入ください(携帯電話番号推奨)

提出日を記入

(注意) 裏面も忘れずにご記入下さい。

【記入例】

高齢期移行者医療高額医療費支給申請書(裏)

受給者本人以外の口座へ入金する場合は、委任状欄に記入し
押印してください。

※ 受給者本人名義の口座に振り込む場合は記入不要

(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

支給される高額療養費を受け取るための、金融機関の口座情報を記入してください。
受給者本人名義以外の口座に振り込む場合は、上記の委任状欄への記入・押印が必要になります。

振込金融機関	預金種別	① 普通 2 当座
銀行 本店	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
ゆうちょ 信用金庫 四三八支店	フリガナ	カトウ ハナコ
信用組合 出張所	口座名義人	加東 花子
農業協同組合		

※ 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	世帯全管する場合
<p>この欄への記入は不要です。</p>	