高額療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証　記号・番号 | 　　・ |  | 診療年月 | 　　年　月 |  | 多数該当月 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 実日数 | 医療費 | 自己負担額 | 退職 | 個人番号 |
| 医療機関名 | 入外 | 備　　考 |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 自己負担合計額 | 円 | 自己負担限度額 | 円 | 支給申請額 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 他の医療制度等を合わせて利用し支給を受けている。（福祉医療等） | は　い　・　いいえ |
| 第三者の行為による受傷である。 | は　い　・　いいえ |
| 長門市長　様上記の通り申請します。　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（世帯主）（フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　 |
| 受領については、下記のとおり依頼します。□　公金受取口座を利用する。（マイナポータル等から登録した口座を利用される方）※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は不要ですが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。 |
| 支払方法 | 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫　　　　　　　　　　　　　　　本店・支店　　　　　　　　　　　　農協・漁協　　　　　　　　　　　　　　　　　出張所　　 |
| 前と同じ口座設定 | 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | （フリガナ） |
|  |
| 委任状※ | 本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。　　　年　　月　　日　申請者（世帯主）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振り込みを希望される）場合に記入してください。