

高額療養費支給申請書兼請求書

次のとおり、高額療養費の支給を申請し、請求します。

年 月 日

加古川市長様

※太枠内をご記入ください。 診療年月

被保険者 記号・番号		受領方法 (該当に○)	公金口座払・口座払・充当払 ※口座払のみ振込先情報をご記入ください。		
申請者 (世帯主)	住所	〒 加古川市		振込先金融機関	本店
				銀行・信金	支店
				農協・信組	支所
				預金種目	口座番号
	氏名	フリガナ			
		口座名義人氏名			
	個人番号			支給決定金額 (請求額)	¥
	電話	— —			

※加古川市が実施する医療費助成制度において、給付を受けた公費負担額のうち、高額療養費に該当する部分がある場合は、その手続き及び受領を加古川市に委任します。

※口座の名義人が申請者(請求者)と異なる場合は以下の委任状に記入捺印してください。

委任状

受任者住所

氏名

年 月 日 このたび上記の者を受任者と定め高額療養費受領の権限を委任します。

委任者氏名(署名又は記名押印)



療養を受けた 被保険者氏名	生年月日	診療年月	医療機関名	入外	総医療費 患者負担額

貸付額	支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額
課税区分	所得区分	保険料納付状況		受付者
		滞納なし 滞納あり 滞納あり(1年6ヶ月以上)		