

(第3号様式)

(申請先)

横浜市長

医療費支給申請書

重度障害 ひとり親

年 月 日

次のとおり医療費の支給を受けたいので申請します。
また高額療養費に該当した場合には、対象者の市民税・県民税の課税内容について調査すること、保険給付金について加入保険者へ照会すること、並びに、申請診療分について医療機関に照会することに同意します。



申請者	住所	
	氏名	
	電話(FAX)	()

受給者番号		加入保険	記号	
(フリガナ)			番号	
対象者氏名			保険者番号	
生年月日	年 月 日			

振込先	銀行 信用金庫 農協	金融機関コード	本・支店 出張所 支所	支店コード
	1 普通		口座番号	
	口座名義人(カタカナ)			

委任状	私は、次の者に医療費の受領に関する一切の権限を委任します。(申請者の口座に振り込む場合は記入不要です。)			
	受任者 (口座名義人)	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	委任者(申請者)
	氏名		氏名	

給付事由	福	1 医科 2 歯科 3 調剤 5 補装具 9 その他	入外区分	1 入院 2 入院外	公費	自立支援・その他
	親	1 医科・入院 2 医科・外来 3 歯科 4 調剤 5 柔整 7 その他				
診療期間	年 月 日から	年 月 日まで				
診療実日数	日	申請金額				円

※ 処 理 欄	保険点数	点 × 10 × 0. =					円		
	①自己負担額					円	総支給額 (①-②-③)		
	②高額療養費 (多数該当)					円			
	③附加金					円			
	資格取得日	年 月 日	受 付						
	【備考】								
	課長	係長	係員	起案	年 月 日	申請入力	決裁入力	支給日入力	窓口受付
				決裁	年 月 日				

(注意)※の欄は記入しないでください。

(A4)