

四角で囲まれた箇所に必要事項を記入し、三角で囲まれた箇所に朱肉印で押印してください。

どちらかに✓

重度障害  ひとり親

1 次のとおり、申請します。

※申請者は、  
 ・重度障害者医療 → 本人、被保険者、医療費を支払った方  
 ・ひとり親医療 → ひとり親本人

申請	令和	年	月	日	
申請者	住所	横浜市 鶴見区 鶴見中央三丁目20番1号			090
	氏名	横浜 花子			電話 (0000)0000

申請先  
横浜市 横浜市長

私は支給申請した医療費が、高額療養費に該当する場合、市民税・県民税の課税内容について調査することに同意します。

不明な点は、係員にお尋ねください。

2 対象の方は、どなたですか。(申請者と同じ場合は、□にし点をつけてください。)

対象者 (医療機関等にかかった方)	証番号	0	0	0	0	0	0	0
	氏名	□ 申請者と同じ			横浜 太郎	生年月日	大正昭和 平成 令和	2年4月1日
	健康保険	記号	0000	番号	00000000	保険者番号	00000000	

3 振込口座を記入してください。

↓口座番号は右づめで記入してください。

振込先	銀行	本店	普通	口座番号	0	0	0	0	0	0	0
	信用金庫	支店	当座	口座名義人 (カタカナ)	ヨコハマ タロウ						
	農協	000	支店コード	出張所							

4 申請者以外の口座に振込みたい場合に記入してください。

委任状	私は、本申請による支給金の受領に関する一切の権限を、次の者に委任します。	
	受任者(口座名義人)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ 委任者(申請者)
	住所	横浜 太郎 氏名 横浜 花子

給付事由	福	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 補装具	9 その他( )	入外区分	1 入院	2 入院外		
	親	1 医科・入院	2 医科・外来	3 歯科	4 調剤	5 補装具	6 入院時食事療養費	7 その他( )				
医療費を支払った理由	1	県外の医療機関等で受診したため			4 県外国組に加入しているため			診療期間	平成	年	月	日から
	2	医療証(受給者証)の交付前のため			5 療養費(装具・)				平成	年	月	日まで
	3	医療証(受給者証)を忘れ						日数				日
申請金額	申請者以外の口座に振込みを希望する場合は、委任状欄に記入・押印してください。申請印と同じ朱肉印で押印してください。											

保険総点数	更正・育成・特定疾患・特定疾病・その他( ) ( )点 × 10 × 0. =						円	総支給額	
自己負担額	円	薬剤費一部負担金	円						
高額療養費	(上位・課税・非課税)	円	標準負担額	円					
保険給付金	円	医療費支給額	円						
(備考)	課長	係長	係員	起案	申請入力				
					決裁	決裁入力			
						支給日入力			
					療養費	窓口	受付	受付	
					国・後				
					支給予定月				
					月				