

Ⓢ 老人医療費高額医療費支給申請書

平成 年 月 日

(あて先) 亀岡市長

申請者 (受給者)	住所	〒	—
		亀岡市	
	氏名		Ⓢ
	電話番号	—	—

次のとおり支払いましたので、関係書類を添えて老人医療費高額医療費の支給を申請します。

①	(フリガナ)		医療受給者証 の受給者番号	7					
	氏名		生年月日	昭和	年	月	日		
加入 医療 保険	被保険者証等 の記号番号		保険者の名称	(保険者番号)					
	保険者の 所在地								
他の制度により自己負担 額相当額またはその一部 の支給を受けられるか否 か		受けられる (制度名 ) (費用徴収の有・無)			2割 (一般・区分Ⅰ・区分Ⅱ) ・ 割				
		受けられない			平成 年 月分高額医療費支給額 円				
支払 場所 の 指定	高額医療費について、下記口座に振替願います。								
	支払指定金融機関	銀行 信用金庫 農協							本店 支店
	又は支払場所	金融機関コード				支店コード			
	預金の種別 及び口座番号	フリガナ	普通・当座	口座番号					
	フリガナ								
口座名義									

合算の対象となる方で①の方に一括申請してもらう方

氏名		氏名		氏名	
----	--	----	--	----	--

私は、 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日  
を代理人と定め、高額医療費の受領に関する権限を委任します。

氏名 Ⓢ

氏名 Ⓢ

氏名 Ⓢ