

(第3号様式)

(申請先)
横浜市長

医療費支給申請書

ひとり親 重度障害


		〒		-						年	月	日
住所												
申請者										電話 (FAX)		()

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、受給者・保護者等の市民税・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
 及びその内容に基づき支給額が減額されることがあることに同意します。

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

※口座名義人はカタカナで記入し、姓と名の間は一字あけてください。漢字表記は不要です。
 ※申請者以外の口座へ振り込む場合は、委任者(申請者)の押印が必要です。

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 

申請金額		円
------	--	---

※ 処 理 欄	給付事由	<input checked="" type="radio"/> 親	1 医科・入院 2 医科・外来 3 歯科 4 調剤 5 柔整 7 その他	入外 区分 (<input checked="" type="radio"/> の 場合)	1 入院 2 入院外	公費	自立支援・ その他 ()		
		<input checked="" type="radio"/> 福	1 医科 2 歯科 3 調剤 5 補装具 9 その他						
	診療期間	年	月	日~	年	月	日	診療日数	日
	保険点数			点	× 10 × 0. =			円	
	①自己負担額			円	総支給額			円	
	②高額療養費 (多数該当)			円				円	
	③保険給付金 (附加金)			円				円	
資格取得日	年	月	日			受付			
【備考】 療養費の場合 10割負担の費用 - 保険該当分 = 総支給額 当月受診 有 無 高額療養費 有 無 保険給付金(附加金) 有 無									

※処理欄には記入しないでください。

(A4)