

(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・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	印
	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"/> 申請者に同じ			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										
	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)