

(第3号様式)

(申請先)

横浜市長

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。

医療

朱肉を使う印鑑で押印してください(スタンプ印不可)。

該当する方に✓を入れる

重度障害 ひとり親
年 月 日

捺印
印

申請者	住所	戸塚区戸塚町16-17
	氏名	戸塚 花子
	電話(FAX)	090 (0000) 0000

受給者番号	0 0 0 0 0 0 0 0	加入保険	記号	00
(フリガナ)	とつか たろう		番号	000000000
対象者氏名	戸塚 太郎	保険者番号	0 0 0 0 0 0	
生年月日	令和 元 年 5 月 1 日			

振込先	0000	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	0000
	1 普通	口座番号		0 0 0 0 0 0 0 0			
	口座名義人(カタカナ)		トツカ タロウ				

同じ印鑑 (スタンプ印不可)

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。)				
委任状	受任者 (口座名義人)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ	委任者(申請者)
	氏名	戸塚 太郎		氏名 戸塚 花子

給付事由	福	1 医科 2 歯科 3 調剤 5 補装具 9	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(要朱肉印。スタンプ印不可)が必要となります。	長・その他
	親	1 医科・入院 2 医科・外来		の他
診療期間		年 月	日	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。