（第3号様式）

（申請先）

医療費支給申請書

□ ひとり親　□ 重度障害

横浜市長

捨印

印

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

※申請者（成年後見人を含む。）の口座へお振込みをご希望の場合は、押印に代えて、以下の署名欄へご署名いただくことでも申請が可能です。
その場合、申請者（成年後見人を含む。）が署名欄に氏名を自署してください。

（署名欄）＿＿＿＿＿＿＿＿

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）				
対象者氏名			番　号	
生年月日	年　月　日		保険者番号	

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　所	支店コード
		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	□申請者に同じ	委任者（申請者）
		氏名		氏名　印

申請金額		円

※処理欄	給付事由	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（福の場合）	1 入院 2 入院外	公費	自立支援・その他 （　　）
		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				
	③保険給付金 （附加金）		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）