

# 医療費支給申請書

重度障害  ひとり親

1 次のとおり、申請します。

申請	令和	年	月	日
申請者	住所	横浜市 鶴見区		
	氏名	電話 ( )		

※ 申請者は、  
 ・ 重度障害者医療 → 本人、被保険者、医療費を支払った方  
 ・ ひとり親医療 → ひとり親本人

申請先  
 横浜市 横浜市長

私は支給申請した医療費が、高額療養費に該当する場合、市民税・県民税の課税内容について調査することに同意します。

捨印

2 対象の方は、どなたですか。(申請者と同じ場合は、□にし点をつけてください。)

対象者 (医療機関等にかかった方)	証番号				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	大正昭和平成令和 年 月 日
	健康保険	記号	番号	保険者番号	

3 振込口座を記入してください。

↓口座番号は右づめで記入してください。

振込先	銀行	本店	普通	口座番号				
	信用金庫	支店	当座	口座名義人(カタカナ)				
	農協	支店コード	出張所					

4 申請者以外の口座に振込みたい場合に記入してください。

委任状	私は、本申請による支給金の受領に関する一切の権限を、次の者に委任します。	
	受任者(口座名義人) <input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ	委任者(申請者)
	住所	氏名

給付事由	福	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 看護	5 補装具	9 その他( )	入外区分	1 入院	2 入院外
	親	1 医科・入院	2 医科・外来	3 歯科	4 調剤	5 補装具	6 入院時食事療養費	7 その他( )		
医療費を支払った理由	1 県外の医療機関等で受診したため			4 県外国組に加入しているため			診療期間	平成令和 年 月 日から		
	2 医療証(受給者証)の交付前のため			5 療養費(装具・ )				平成令和 年 月 日まで		
	3 医療証(受給者証)を忘れたため			6 その他(緊急・ )			入院日数	日		
申請金額	円									

保険総点数	更正・育成・特定疾患・特定疾病・その他( )				総支給額
	( ) 点 × 10 × 0. = 円				
自己負担額	円	薬剤費一部負担金	円		
高額療養費	(上位・課税・非課税) 円	標準負担額	円		
保険給付金	円	医療費支給額	円		円
課長	係長	係員	起案	申請入力	
			決裁	決裁入力	
				支給日入力	
(備考)				療養費	窓口受付
				国・後	受付
				支給予定月	
				月	

ご不明な点は、係員にお尋ねください。