

高額療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号 山 6 -

診療年月 令和 年 月

多数該当月

被保険者氏名	性別	生年月日	実日数	医療費	自己負担額	退職	個人番号
医療機関名						入外	備考
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
自己負担合計額	円	自己負担限度額	円	支給申請額	円		

他の医療制度等を併せて利用し支給を受けている。（福祉医療等）

はい ・ いいえ

第三者の行為による受領である。

はい ・ いいえ

防府市長殿

令和 年 月 日

〒

住所

申請者（世帯主）（フリガナ）

氏名

電話

個人番号

支払方法	振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
前と同じ		口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座設定		口座名義人	（フリガナ）		
窓口払い					

委任状※

本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。

令和 年 月 日 申請者（世帯主） 氏名

住所

代理人 （フリガナ）

氏名

電話

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。