様式第16号

老人保健高額医療費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①(ふりがな)  氏名 | |  | | ②健康手帳の医療受給者証の受給者番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  | |
| ③生年月日 | |  | | ④性別 | | 男女 | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　　　年　　月　　日生 | | | | ⑤電話番号 | | ― | | | | | | | |
| ⑥住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦保険者の名称、事務所の所在地 | | |  | | ⑧被保険者証等の記号番号 | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| ⑨他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か | | | | | | | | | | | | | |
| 受けられる　(制度名―　　　　　　　　)　(費用徴収の　　　有・無)  　　受けられない | | | | | | | | | | | | | |
| 小野町長　　　　　　　殿  　　　上記のとおり、高額医療費の支給を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  申請者  氏名 | | | | | | | | | | | | | |

(注意)　裏面も忘れずにご記入下さい。

(裏面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 合算の対象となる方で表面①の方に一括申請してもらう方 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 氏名 |  | | | | | 氏名 | |  | | | | 氏名 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | (委任状)  　私は、　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。  　　　　　年　　月　　日請求した高額医療費の受領に関すること。  　　申請人の住所、氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　代理人の住所、氏名  印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 口座振替依頼欄 | | 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | 種目 | | 口座番号 | | | | | | | |  |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | |
|  |  |  |  | |  | |  |  |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |