様式第１６号（第６条の３関係）

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 |
| 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又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 |
| 八頭町長　　　　様上記のとおり、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ください。

老人保健　高額医療費支給申請書（裏）

|  |
| --- |
|  |
|  | 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。高額医療費の受領に関すること。申請者の住所、氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞代理人の住所、氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |  |
|  |
|  | 口座振替依頼欄 | 銀行信用金庫農協 | 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 |  |
|  |
|  |