様式第15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 | 　 | ②健康手帳の医療受給者証の受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| ③　生年月日 | 　 | ④性別 | 　 |
| 　 | ⑤電話番号 | 　 |
| ⑥　住所 | 　 |
| 　 |
| ⑦　保険者の名称、事務所の所在地 | ⑧　保険者番号 | ⑨　被保険者証の記号番号 |
| 　 | 　 | 　 |
| ⑩　合算対象となるかたで、①のかたに一括申請してもらうかた(同一世帯の老人受給者) |
| 受給者番号 | 受給者番号 | 受給者番号 | 受給者番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 氏名 | 氏名 | 氏名 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 保険者番号 | 保険者番号 | 保険者番号 | 保険者番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 被保険者証の記号番号 | 被保険者証の記号番号 | 被保険者証の記号番号 | 被保険者証の記号番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| ⑪　他の制度により自己負担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　有　・　無　)　受けられない |
| 　出雲市長　様　上記のとおり、高額医療費の支給を申請します。申請内容に変更が生じた場合は、すみやかに届け出ます。　また、診療内容の審査機関による再審査等により医療費が減額された場合に、翌月以降の高額医療費で相殺されることに同意します。　　　　年　　　月　　　日　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 　 | ⑫口座振替依頼欄 | 金融機関 | 農協・信用組合銀行・信用金庫金庫・信漁連 | 支店支所本店 | 　 |
| 口座種別 | 1　普通2　当座3　その他(　　　) | 口座番号 | 　 |
| 口座名義人(カナ) | 　 |
| 　 |
| 　 | (委任状)私は、　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任します。　　　　　私について発生する高額医療費の支給申請及び受領に関すること。 | 　 |
| 　 | 申請者 | 住所 | 　 | 氏名 | 　 | 　 |
| 住所 | 　 | 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 | 氏名 | 　 |
| 住所 | 　 | 氏名 | 　 |
| 代理人 | 住所 | 　 | 氏名 | 　 |
| 　 |
| 　 |