

様式第5号(第9条関係)

医療費助成一部自己負担額償還申請書

年 月 日

(宛先) 高槻市長

次のとおり、\_\_\_\_年 \_\_\_\_月に診療を受け、医療機関に支払った一部自己負担額の償還を申請します。なお、支給の際は、下記口座へ振り込んでください。

申請者	住所	高槻市			電話	—			
	氏名				受給者と の続柄	□本人			
受給者	住所	□申請者と同じ							
	氏名	□申請者と同じ			受給者番号				
生年月日	年 月 日			社保・国保・他市国保 退職国保・国組・後期		本人 家族			
振込先	金融機関名			種別	口座番号				
	銀行 農協 信金 信組	本店 支店 出張所		普通 当座	口座名義 (カタカナで)				
(委任状欄)									
上記支給金の受領に関する一切の権限を_____に委任します。									
委任者 住所 _____									
氏名 _____ (印)									
支払った一部自己負担額の合計					償還を受ける額				
円					円				
(市使用欄)									

※領収書を添付してください。