

様式第4号(第9条関係)

高槻市重度障がい者医療費支給申請書及び口座振替依頼書

(宛先) 高槻市長 郵便番号 年 月 日

申請者 住所 市 町 丁目 番 号

氏名 印

次のとおり医療費の支給を申請します。
なお、次の振込先に振り込んでください。 受給者との続柄 印

受給者	(フリガナ)	生年月日	
	氏名	年 月 日	
受給者番号	住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	方書	
	<input type="checkbox"/> 高槻市 町 丁目 番 号	号	
受給者番号		医療証資格開始日	付加給付
		年 月 日	有・無
加入保険	世帯主 被保険者等	保険種別	〔本人 家族
	記号 番号	協・組・日・船・共・国組・国・退 後・他市国保	
振込先	銀行 支店	上記支給金の受領に関する一切の権限を、 に委任します。	
	農協 出張所		委任者
	信用金庫		住所
	預金種目 普通・貯蓄・当座		氏名 <input type="text"/> 印
口座番号			
口座名義(カタカナ)		医療費支給申請額	円

※以下は記入しないでください。

診療区分	診療期間(診療実日数 日)
医科・歯科・調剤・入院・入院外	年 月 日から
装具・訪問・はりきゅう・マッサージ・その他	年 月 日まで
ただし 年 月分保険診療一部負担金	保険診療
円	総点数
	点
医療機関名	名称

一部負担金	付加給付金	支払決定額	受付番号
-------	-------	-------	------

確認欄 国保高額あり 国保食事差額あり 受付者
 日割り計算あり