

入院時食事療養標準負担額支給申請書及び口座振替依頼書

平成 ○年 ○月 ○日

高槻市長 宛

住所 高槻市 桃園 町 丁目 2 番 1 号

記入例

氏名 高槻 花子 印

続柄(受給者との) 本人 印 674 - 7178

受給資格者	(フリガナ) タカツキ ハナコ 氏名 高槻 花子		生年月日 明治・大正・昭和 ○年 ○月 ○日		
	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 高槻市		町 丁目 番 号		
医療証	一部負担医療受給者番号 1234567	障がい該当 <input type="checkbox"/> 公簿確認 <input checked="" type="checkbox"/> 手帳確認	等級(程度) 1 級 手帳番号 第 1234 号 交付(判定)日 ○年 ○月 ○日		
	一部負担医療資格開始日 ○年 ○月 ○日		ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療証番号		
加入保険	世帯主・被保険者等 高槻 花子		保険種別 協・組・日・船・共・国組・国・退・後		
	記号 番号 12345678		保険者番号 39272075 発行機関 大阪府後期高齢者医療広域連合		
口座番号	振込先 銀行 高槻 農協 桃園 支店 信用金庫		委任状欄 上記給付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		
	預金種目 普通 貯蓄 当座				
	口座番号 1234567				
	口座名義(カタカナ) タカツキ ハナコ				

領収書

領収金額 ¥	入院期間(食事回数 回) 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日
ただし入院時食事療養費標準負担額	
医療機関等 住所 氏名	氏名 印

※以下は記入しないでください。

円 × 回 = 円	支払決定額	受付番号
円 × 回 = 円		
円 × 回 = 円		