（表）

老人医療　高額医療費支給申請書

<table>
<tr><td rowspan="2">（ふりがな）
①　氏　　名</td><td rowspan="2"></td><td>公費負担者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>②　受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>③　生 年 月 日</td><td colspan="2">年　　月　　日生</td><td>④　電 話 番 号</td><td colspan="6">―</td></tr>
<tr><td>⑤　住　　所</td><td colspan="8">〒</td></tr>
<tr><td colspan="3">⑥　保険者の名称、事務所の所在地</td><td colspan="6">⑦　被保険者証等の記号番号</td></tr>
<tr><td colspan="9">⑧　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</td></tr>
</table>

木津川市長　宛て

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

住　所

氏　名

（裏）

老人医療　高額医療費支給申請書

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			
受給者番号			

（委任状）

私は、　　を代理人と定め、次の権限を委任する。

年　　月　　日請求した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	種　　目	口　座　番　号
	金融機関コード	店舗コード	1　普通預金 2　当座預金 3　その他	
	口　座　名　義　人			