

(表)
老人医療 高額医療費支給申請書

(ふりがな) ①氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ②受給者番号	公費負担者番号	4	1	2	6	0	1	5	9
③生年月日 昭和 年 月 日生		④電話番号 —								
⑤住所 木津川市		⑥保険者の名称、事務所の所在地 ⑦被保険者等の記号番号								
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 (制度名一) (費用徴収の 有・無) 受けられない										

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事。
申請者の住所、氏名 <hr/> <hr/> <hr/>	
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			