

# 高齢期移行助成 高額医療費支給申請書

低 I
低 II
26経過・低 I
26経過・低 II

( 月診療分)

(フリガナ)		医療受給者証の 受給者番号							
氏 名									
生年月日	昭和	年	月	日	性 別	男	・	女	
住 所	〒 丹波篠山市								
保険者の名称、事務所の所在地					被保険者証の記号番号				

外 来		入 院	
総医療費	円	総医療費	円
一部負担金合計額	円	一部負担金合計額	円
外来負担限度額	円	入院負担限度額	円
差引請求額	① 円	現物給付額	円

世 帯 合 算	
本人の一部負担金合計額 (内現物給付分)	( ) 円
合算対象となる方の一部負担金合計額 (内現物給付分)	( ) 円
入院及び世帯負担限度額	円
世帯差引請求額	円
個人差引請求額 (内現物給付分)	② (③) 円

合算の対象となる方の受給者番号及び氏名	
---------------------	--

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給が受けられるか否か  
受けられる (制度名— ) (費用徴収の 有 ・ 無 )  
受けられない

丹波篠山市長 様	令和 年 月 日
上記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて高額医療費の支給を申請します。 なお、支払は、下記預金口座へ振り込んでください。	
申請者 (受給者) 氏 名 ⑤	

金融機関名	・	店舗名			
銀行		支店	預金種別	1 普通	2 当座
信用金庫		出張所	口座番号		
信用組合		支所	フリガナ	( )	
農業協同組合			口座名義人		

右記のとおり決定します。	支給決定額 (①+②-③)
令和 年 月 日	円