

様式第2号（第6条関係）

高齢期移行医療 高額医療費支給申請書

(ふりがな) 受給者氏名			診療月	年 月					
			受給者番号						
生年月日	年 月 日		負担区分						
保険者名			保険者番号						
被保険者証等の 記号番号	記号	番号	被保険者 氏 名						受給者との続柄
医療機関等の名称		自己負担額	医療機関等の名称		自己負担額				
合算の対象となる方の氏名及び医療受給者証の受給者番号									
氏 名									
受給者番号									
他の公費負担制度・第三者行為等の有無			☐ 有（制度名 ） ☐ 無						
振込希望 金融機関			銀行 信用組合 農協		支店				
	☐ 普通（総合） ☐ 当座	口座 番号			ふりがな				
					口座名義人				
上記のとおり申請します。									
令和 年 月 日									
申請者 (受給者) 住 所 たつの市									
氏 名									
電 話 ()									
たつの市長 様									

	日数	総医療費	窓口負担額	一部負担金	高額療養費	支給額
外 来						
入院+外来						