

高齢重度障害者医療費助成申請書

受給者番号		被保険者証番号	
フリガナ		保険者番号	39282017
受給者氏名		保険者名	兵庫県姫路市後期高齢者医療保険
生年月日	大・昭 年 月 日	申請者	1. 本人 2. 相続人
<p>上記のとおり医療費の支給を申請します。 なお、支払いは下記の預金口座へ振り替えてください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 姫路市長</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">申請者 (対象者) 氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p>			
振替先 金融機関	銀行 信用金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	(金融機関コード)
種別	口座番号	(フリガナ)	① 振り替え
普通・当座 1 2		口座名義	2 窓口払

- ※ 療養に要した費用に関する明細（領収書等）を添付してください。
- ※ 高齢重度障害者医療費受給者証、後期高齢者医療保険の資格確認書・資格情報のお知らせ、預金通帳（受給者本人のもの）をご持参ください。
- ※ この申請書とあわせて、相手方（債権者）登録申出書も必ず提出してください。

◎ 以下は記入しないでください。

							審査	<small>係長</small>	<small>係</small>
助成対象期間		年 月 日 から			年 月 日 まで				
診療年月	種別	日数	総医療費	領収書金額	高額療養費	一部負担金	支給決定額		
合計									