

高額療養費支給申請書兼請求書

被保険者証の記号番号		診療年月		多数該当月			
------------	--	------	--	-------	--	--	--

療養を受けた被保険者			医療機関名	実日数	総費用額(円)	一部負担金(円)	備考
氏名	性別	生年月日					
一部負担合計額		円	自己負担限度額		円	支給申請額(請求)	円

支払方法	金融機関名	呉農業協同組合	預金種別	普通	口座名義人	カタカナ	エタシマシヤカイフクシキョウギカイ カイョウ オウカツヒロ
	支店名	中町支店	口座番号	0166490		漢字	江田島市社会福祉協議会 会長 大津克彦
	世帯主名	カタカナ					
		漢字					

他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

江田島市長 様

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及び請求します。

課税台帳の閲覧を承認します。

平成 年 月 日 申請者兼請求者 (世帯主氏名)

〒 住 所 氏 名 電 話

委任状

私は、社会福祉法人江田島市社会福祉協議会 会長 大津克彦を代理人と定め、次の権限を委任する。

平成 年 月 日請求した高額医療費の受領に関すること。

申請者 住 所 氏 名 電 話

代理人 氏 名 社会福祉法人江田島市社会福祉協議会 会長 大津克彦 電 話 0823-40-2501