

福祉医療費支給申請書 兼 口座振込依頼書

西宮市長 宛

申請日 年 月 日

負担者番号					
	2	8	0	0	5
受給者番号					

備考欄	受付印
-----	-----

受給者	氏名 フリガナ:	生年月日
		年 月 日

健康保険 <small>(保険証のコピーを添付していただくも結構です)</small>	保険証の記号	保険証の番号
	被保険者氏名	受給者との続柄
	保険者番号	保険者名称

申請内容	診療年月	本人の領収書の枚数	1. 入院 2. 入院以外 <small>(外来・往診・歯科等)</small>
	年 月	枚	
	医療機関の名称等 … 別紙添付の領収書のとおり		
	添付書類(○をつけてください)	4. 指示書・処方箋 意見書・装着証明書・明細書	
	1. 領収書[原則原本]	5. 医療費のお知らせ	
	2. 健康保険発行の(不)支給決定通知書[原本]	6. その他()	
	3. 合算対象の領収書		
※高齢期移行医療費を申請される方のみ(該当の数字に○をつけてください)			
1. 医療費 (県外受診等で高齢期移行医療費受給者証が使えなかったため)			
2. 高額医療費 (自己負担限度額を超えたため)			

申請者	上記内容のとおり、医療費の助成を申請します。 今後、医療費助成制度に基づいて支給される医療費については右記の預金口座に振り込んでください。この口座振替によって支払いの効力を生ずることについて異議ありません。		
	住所	西宮市	
	氏名	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 同世帯のご家族 ()
	日中の連絡先		

手続きする方 <small>代理で</small>	住所	※申請者以外の方が手続きをされる場合はご記入ください。	
	氏名	申請者との続柄	日中の連絡先

【申請者チェック欄】	
健康保険から高額療養費や付加給付金の支給があるかどうかの確認です。 ※社会保険・国保組合・他市国保・他府県後期高齢者医療制度にご加入の方はご記入ください。	
以下の3つの質問にチェックをしてください。	
1 提出される領収書以外にご家族も含め合算対象の医療費はありませんか？ (有・無)	
※70歳未満の方は、自己負担額が21,000円以上の場合、合算対象となります。 ※70歳以上の方は、全ての医療費(受給者証使用分含む)が合算対象となります。	
2 健康保険から高額療養費の支給はありませんか？ (有・無)	
※有の場合は、支給決定通知書または支給証明書を添付してください。 ※申請分以外の医療費(ご家族分等)が合算されている場合は合算対象の領収書も添付してください。	
3 健康保険から付加給付金の支給はありませんか？ (有・無)	
※全国健康保険協会・他市国保・他府県後期高齢者医療制度の方は「無」に○をしてください。 ※付加給付の支給基準は健康保険により異なりますので、詳細は健康保険にご確認ください。 ※有の場合は、支給決定通知書または支給証明書を添付してください。 ※申請分以外の医療費(ご家族分等)が合算されている場合は、合算対象の領収書も添付してください。	
チェックに漏れがあると、審査が出来ない場合がありますので、記入漏れがないかご確認いただきますようお願いいたします。	

【口座振込(銀行振込)依頼】			
1. 以前に登録した口座から変更はありません。 該当の数字に○を入れ、2の方は			
2. 下記の口座へ新規登録または変更します。 口座情報をご記入ください。			
金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	支店 出張所
銀行コード	店番号	口座番号 <small>(右詰め)</small>	
口座名義人	フリガナ:	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 同世帯のご家族 ()
		預金種別	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄

※申請者となる方は、本人(未成年の場合は保護者)、同世帯のご家族、後見人です。
※手続きされる方が上記以外の方の場合は、代理人欄にもご記入をお願いします。

※口座名義人となる方は、原則本人です。
※口座の解約や変更をされた場合は、すみやかにお届けください。

医療年金課
(令和3年7月改定)