別記様式第４号（第７条関係）

高額療養費支給申請書

被保険者証　記号・番号	・	診療年月	年　月	多数該当月			

被保険者氏名	性別	生年月日	実日数	医療費	自己負担額	退職	個人番号
医療機関名						入外	備　　考
		年　月　日					
		年　月　日					
		年　月　日					
		年　月　日					
		年　月　日					
		年　月　日					
		年　月　日					
		年　月　日					
		年　月　日					
		年　月　日					

自己負担合計額	円	自己負担限度額	円	支給申請額	円

他の医療制度等を合わせて利用し支給を受けている。（福祉医療等）	は　い　・　いいえ
第三者の行為による受傷である。	は　い　・　いいえ

長門市長　様

上記の通り申請します。

年　　月　　日

〒

住所

申請者（世帯主）（フリガナ）

氏名

電話　　個人番号

受領については、下記のとおり依頼します。

□　公金受取口座を利用する。（マイナポータル等から登録した口座を利用される方）

※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は不要ですが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。

支払方法	振込先	金融機関名	銀行・金庫　農協・漁協	本店・支店　出張所		
前と同じ口座設定		口座種別	普通・当座	口座番号		
		口座名義人	（フリガナ）			

委任状※	本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年　　月　　日　申請者（世帯主）氏名 住所 代理人　氏名 電話

※給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振り込みを希望される）場合に記入してください。