|  |  |
| --- | --- |
| 新規 | 変更 |

一部自己負担額助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 給 医 療 | 重度障害者医療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担者番号 | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  | 受給者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 受　 給　 者 | 住所　泉南市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 　　　　　　 　 　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | 保険種別  1.全国健康保険協会　 2.組合保険　　　　　3.国民健康保険　　　 4.共済組合　　　 　5.国民健康保険組合　 6.船員保険  7.後期高齢　　　　　 8.その他(　　　 　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号 | | | | | | | 番号 | | | | | | | |
| 保険者名 | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀　　行  信用金庫  信用組合  協同組合  (　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | 本店  支店 | | | | | | | 預　金　種　目 | | 普通  当座 | | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | | | 店舗コード | | | | | | | 口座番号 | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | | |  | |  | | フリガナ  口座名義人氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

府外診療等の助成申請で、すでに口座登録をしている方が、この申請において別口座を記入した場合は、上記に記載した口座に優先して振込します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 泉南市長　あて  　　　年　　　月　　　日  上記のとおり、医療費の助成を申請します。  支給決定金額を上記口座に振り込んでください。  なお、過払い等が発生した場合は、次回の償還額から相当額を差し引くことに同意します。  申請者  　住　所    氏　名（署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号   |  |  | | --- | --- | | 委任状欄 | 年　　　月　　　日　　　　　　　　（口座名義人）  上記、医療費の助成費用の受領に関する一切の権限を　　　　　　　　　　　　　　に  委任します。  委任者　住所  （受給者）氏名(署名) 　 　　　　　　　　　　　　　電話番号 | |