|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　　　　　 |

 |