

医療費の払い戻し申請書(高齢期移行者医療)

神戸市

区長宛

申請日	令和	年	月	日	診療月	令和	年	月	診療分
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	-----

申請者	フリガナ		受給者との続柄	本人・後見人
	氏名	(印)	電話番号	— — ※日中連絡がつく携帯番号など
	住所	〒 —		

※この申請は本人(受給者)がするものです。ただし、被後見人の場合は後見人が申請してください。

下記のとおり、領収書(コピー ※返送不要の場合、原本でも可)を添えて、医療費の払い戻しを申請します。また、この申請に関して、保険者や医療機関など関係機関に対し、必要な情報を市が調査することに同意します。
なお、申請内容に虚偽があることが発覚した場合は、助成額を返還します。

受給者①	フリガナ		受給者番号						
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭和	年	月	日		

※受給者本人が申請する場合、「受給者氏名」欄の口に入力し、「受給者番号」と「生年月日」を記載してください。

口座情報	金融機関名(コード:)	支店名(コード:)	預金種目
	銀行・信金 信組・農協	支店 出張所	普通 当座 貯蓄
	口座番号	口座名義(カナ)	
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	

※原則、受給者(被後見人の場合は、後見人)名義の口座としてください。
受給者・後見人以外の口座を指定する場合は、別途委任状が必要です。

高額療養費等(高額療養費及び附加給付金)について、いずれかの口に入力してください

- ※1 神戸市の国民健康保険に加入している方は、記入不要です。
- ※2 支給されるかどうか不明な場合は、加入している健康保険にご確認ください。

<input type="checkbox"/>	今回申請する月に「高額療養費等」が、支給されます。 ⇒ 療養費等支給状況証明書 または 支給決定通知書 を添付してください。
<input type="checkbox"/>	今回申請する月に「高額療養費等」は、支給されません。

--- 【同じ世帯に本制度(高齢期移行者医療)の受給者がいる方のみ】 -----

同じ世帯にいる本制度受給者の医療費を、まとめて申請する場合は、その方の受給者情報をご記入ください。
なお、下記に記載された方については、申請者に今回申請する月の医療費に関して、「支給申請」ならびに「医療費の受領」を委任しているものとします。※申請者及び受給者②の氏名欄に押印してください。

受給者②	フリガナ		受給者番号						
	氏名	(印)	生年月日	昭和	年	月	日		

(以下、職員記入欄)

起案日	年	月	日	決裁日	年	月	日	資格取得日	年	月	日	喪失日	年	月	日
領収書枚数	総医療費			日数	一部負担金	附加・高額・療養費		支給決定額							
枚	点×10円 円			日	円	円		円							
決裁	課長	係長	担当	負担区分	保険の種類			備考			受付	窓 郵 才			
				区分Ⅰ 区分Ⅱ	1. 市国保[番号:] 2. 市国保以外										