

被保険者 記号・番号		綾 1234-56789											
公費負担医療、医療助成制度 または医療機関が実施してい る事業などにより、自己負担 額が無料または低額になって いるものはありますか。		はい										いいえ	
		対象者氏名 (制度名又は医療機関名 (銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()										本 支 出 ()	
振 込 先	口座番号	0	0	0	0	0	0	0					
	口座名義人 (カタカナ)	ア	ヤ	ヘ	、		タ	ロ	ウ				
濁点、半濁点は1文字として、姓と名の間は1字空けてください。													
上記のとおり申請します。下記の注意事項に異議ありません。													
令和〇年 〇月 〇日													
綾部市長 様													
世帯主 住 所 綾部市〇〇町××番地													
氏 名 綾部 太郎													
電話番号 000-0000-0000													
個人番号 0000 0000 0000													
世帯主以外の方が 受領する場合は ご記入ください。													
委 任 の 欄	この欄は給付金 の受領を委任す る場合のみ記入 してください。	上記高額療養費の受領を _____ に委任します。 世帯主名 _____ (印)											
【注意事項】													
・ 世帯主が変わった場合等は、再度申請が必要となります。													
・ 医療費の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの高額療養費を返還して いただきます。医療機関に一部負担金の支払状況を照会する場合があります。													
・ 支給済みの高額療養費の金額が減額となった場合、減額された金額を次回支給額と相殺 または返還していただきます。													
・ 支給時に国民健康保険料に未納がある場合は、簡素化を停止します。													
・ 第三者行為又は業務上の事故による傷病において診療を受けた場合は、ご連絡をお願い します。													
・ 振込口座や公費負担医療等、記載事項に変更がある場合は、再度申請が必要となります。													

例：福祉医療、自立支援医療、
特定医療費（指定難病）、
病院独自の無料低額診療等
を受けている場合は、「はい」を
まるで囲み、対象者氏名、制度名
等を記入してください。
申請後新たに自己負担の軽減を
受けた場合は、再度申請が必要と
なります。

注意事項をご確認の上、
申請をお願いします。