

小児慢性特定疾病医療費償還払い申請書

令和8年 6月20日

(宛先)京 都 市 長

下記のとおり申請します。
また、この申請に関して、京都市が必要に応じ医療機関及び健康保険組合等に対し、照会することについて同意します。

受給者	フリガナ	キョウト イチロウ		受給者番号	9876543	
	氏名	京都 一郎				
	受給者証の有効期間	令和8年 5月10日から 令和9年 3月 31日まで				
申請者	フリガナ	キョウト タロウ			受診者との続柄	父
	氏名	京都 太郎				
	住所	〒 604-8571				
		京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地				
	電話番号	(075) 222 - 3939				
振込先	金融機関	御池	銀行・農協 信金・信組	預金種目	普通・当座	
		御池	本店・支店	口座番号	111111	
	口座名義人 ※申請者と同じ	フリガナ	キョウト タロウ			
		氏名	京都 太郎			

- ※1 自己負担額を支払った翌日から5年以内に申請してください。
- ※2 高額療養費の支給を受けることができる場合は、あらかじめ高額療養費の支給決定を受けた後、支給額が記載された支給決定通知書等を添付してください。
- ※3 受給者が成人である場合、受給者本人又は成年後見人以外が請求を行うには受給者の委任状が必要になります。

京都市使用欄

支給決定金額 ※記入不要	円
-----------------	---