

小児慢性特定疾病医療費償還払い申請書

年 月 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			受給者番号		
	氏名					
	受給者証の有効期間	年 月 日から		年 月 日まで		
申請者	フリガナ				受診者との続柄	
	氏名					
	住所	〒	-			
	電話番号	() -				
振込先	金融機関	銀行・農協 信金・信組		預金種目	普通・当座	
		本店・支店		口座番号		
	口座名義人 ※申請者と同じ	フリガナ				
氏名						

- ※ 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
-----------------	--	---