

重度障がい者医療・老人医療（一部負担金相当額等一部助成）
医療費助成口座登録届出書（自動償還用）

年 月 日

吹田市長 宛

申請者 住所

氏名

印

続柄（対象者の）

電話/FAX

次のとおり一部自己負担額償還金の支給を申請します。以後、審査支払機関から市に送付される請求内訳書及び対象者が市に提出する医療機関の領収書等で、対象者に一部自己負担額の月額上限額を超える医療費の負担が発生したことを市が把握したときは、超過した額を以下の口座に振り込んで下さい。

また、過誤調整等により支給済みの一部自己負担額償還金に返納が生じた場合は、次回以降の一部自己負担額償還金で支給調整することに同意します。

対象者	住所		受給者番号									
	氏名		生年月日									
加入医療保険	記号		番号									
	被保険者氏名		区分									
	保険者名		保険者番号									
振込先	金融機関	銀行		支店名	支店							
	口座番号											
	口座名義	種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 (※カタカナで記入してください)										

捨印

ご本人様名義以外の口座に振り込みを希望される場合は、委任状欄の記入もお願いします。

委任状欄	年 月 日
	上記重度障がい者医療・老人医療（一部負担金相当額等一部助成） 医療費の受領に関する一切の権限を に委任します。
	委任者 住所 氏名

印

捨印