

改正

昭和61年12月27日規則第28号

平成7年5月29日規則第10号

平成8年4月1日規則第5号

平成9年8月29日規則第21号

平成10年3月24日規則第10号

平成12年12月28日規則第63号

平成14年12月27日規則第33号

平成18年3月29日規則第14号

平成18年12月12日規則第45号

平成20年3月28日規則第15号

平成26年8月1日規則第25号

令和6年12月2日規則第17号

小矢部市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、小矢部市重度心身障害者等医療費助成条例（昭和58年小矢部市条例第1号。以下「条例」という。）の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

(用語)

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

(受給資格証の登録)

第3条 医療費の助成を受けようとする重度心身障害者等である者は、障害の状態にあることを明らかにすることができる身体障害者手帳、療育手帳、国民年金証書その他の書類を添えて重度心身障害者等医療費受給資格登録（変更）申請書（様式第1号）、重度心身障害者等医療費受給資格登録（変更）申請書兼受給者負担割合区分証交付申請書（様式第1号の2）又は一部負担金還付該当申請書（様式第2号）を市長に提出し、受給資格の登録を受けなければならない。

2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、当該申請書を提出した者が医療保険加入者（医療保険各法の規定による被保険者、組合員若しくは加入者又はその被扶養者をいう。第10条において同じ。）であることを確認するものとする。

3 受給資格の登録の期間は、次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号に掲げる期間とする。

(1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日の属する月の初日から65歳の誕生日の前日までの期間

(2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日の属する月の初日から70歳の誕生日の属する月の末日（その誕生日が月の初日であるときはその日の属する月の前月の末日）までの期間

(3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日から資格を喪失するまでの期間
(受給資格証等の交付)

第4条 市長は、前条の規定により登録した受給者に対して次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号に掲げる書類に必要な事項を記載して交付しなければならない。

(1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 重度心身障害者等医療費受給資格証（様式第3号）及び福祉医療費請求書（様式第6号、様式第6号の2）又は重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書（様式第8号）

(2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者 重度心身障害者等医療費受給資格証（様式第4号、様式第4号の2）、重度心身障害者等医療費受給資格証（受給者負担割合区分証）（様式第4号の3）及び福祉医療費請求書（様式第7号）又は重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書（様式第8号の2）

(3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給者 一部負担金還付該当者証（様式第5号）及び重度心身障害者等医療費（一部負担金還付）助成申請書（様式第9号）
(受給資格証の有効期間)

第5条 重度心身障害者等医療費受給資格証及び一部負担金還付該当者証（以下「受給資格証」という。）の有効期間は、次の各号に掲げる受給者の区分に応じ、当該各号の掲げる期間とする。ただし、その間において受給資格を欠くに至った場合は、その日までとする。

(1) 条例第2条第2項第1号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日の属する月の初日から65歳の誕生日の前日までの期間

(2) 条例第2条第2項第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日の属する月の初日から70歳の誕生日の属する月の末日（その誕生日が月の初日であるときは

その日の属する月の前月の末日)までの期間

- (3) 条例第2条第2項第3号から第5号までに掲げる重度心身障害者等である受給者 受給資格の登録をした日から有効とする。

(対象の給付)

第6条 条例第2条第3項の規則で定める給付は、次に掲げる給付とする（食事療養及び生活療養を除く。）。

- (1) 保険外併用療養費
- (2) 療養費
- (3) 訪問看護療養費
- (4) 家族療養費
- (5) 家庭訪問看護療養費
- (6) 特別療養費

2 条例第2条第4項の規則で定める給付は、次に掲げる給付とする（食事療養及び生活療養を除く。）。

- (1) 保険外併用療養費
- (2) 療養費
- (3) 訪問看護療養費
- (4) 特別療養費

(保険医療機関等)

第7条 条例第2条第6項の規則で定める者は、次のとおりとする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者
- (2) 柔道整復師法（昭和45年法律第19号）第2条第1項に規定する柔道整復師
- (3) あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）第3条の2に規定するあん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゆう師
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が認めた者

(届出事項)

第8条 受給者は、条例第5条の規定する届出をするときは、受給資格証を添えて行うものとする。

(受給資格証の再交付)

第9条 受給者は、受給資格証を破り、汚し、又は失つたときは市長にその再交付を申請することができる。

(受給資格証の提示等)

第10条 受給者は、医療を受ける場合は、保険医療機関等において医療保険加入者であることの確認を受けるとともに、受給資格証を提示し、福祉医療費請求書を提出しなければならない。

(助成金の審査及び支払事務の委託)

第11条 条例第4条第1号の規定による保険医療機関等に交付する助成金の審査及び支払事務は、市長が富山県国民健康保険団体連合会に委託して行うものとする。

(療養費払)

第12条 条例第4条第1号ただし書及び第3号の規定による助成を受けようとする場合は、重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書又は重度心身障害者等医療費（一部負担金還付）助成申請書によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成金を決定し、申請者に助成金を交付するものとする。

(受給資格証の返還)

第13条 受給者は、受給資格を喪失した場合は、交付を受けた受給資格証を直ちに市長に返還しなければならない。

(第三者行為による被害の届出)

第14条 重度心身障害者等医療費の支給事由が第三者行為により生じたものであるときは、受給者はその事実、当該第三者の氏名及び住所並びに被害の状況を速やかに市長に届け出なければならない。

(自己負担限度額の適用申請及び同認定証の交付)

第15条 条例第3条第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者が、高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）第15条第1項第1号、第3号又は第4号に規定する者に相当するものとして認定を受けようとするときは、重度心身障害者等医療費受給資格証に、同項第3号又は第4号に規定する事由に該当することを証する書類を添えて、自己負担限度額適用認定証発行申請書（様式第10号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請に基づき、限度額認定を行つたときは、限度額適用認定証（様式第11号）を交付する。

3 前項の認定証の有効期限は、当該認定を行つた日の属する月の初日から翌年の7月末日（当該認定を行つた日の属する月が4月から7月までの場合は、当年の7月末日）までとする。

4 第2項の認定を受けた者は、医療を受けようとするときは、保険医療機関等にこれを提示しな

なければならない。

(高額療養費相当額の助成)

第16条 条例第3条第2号に掲げる重度心身障害者等である受給者が、高額療養費に相当する額の助成を受けようとするときは、高額療養費相当額助成申請書(様式第12号)に領収書を添えて申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成金を決定し、申請者に助成金を交付するものとする。

附 則

この規則は、昭和59年10月1日から施行する。

附 則(昭和61年12月27日規則第28号)

この規則は、昭和62年1月1日から施行する。

附 則(平成7年5月29日規則第10号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成8年4月1日規則第5号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成9年8月29日規則第21号)

この規則は、平成9年9月1日から施行する。

附 則(平成10年3月24日規則第10号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成12年12月28日規則第63号)

この規則は、平成13年1月1日から施行する。

附 則(平成14年12月27日規則第33号)

この規則は、平成15年1月1日から施行し、平成14年10月1日から適用する。

附 則(平成18年3月29日規則第14号)

(施行期日)

1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正前の規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成18年12月12日規則第45号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則（平成20年3月28日規則第15号）

（施行期日）

1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の小矢部市重度心身障害者等医療費助成条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成26年8月1日規則第25号）

この規則は、平成26年8月1日から施行する。

附 則（令和6年12月2日規則第17号）

（施行期日）

1 この規則は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律（令和5年法律第48号）附則第1条第2号に掲げる規定の施行の日（令和6年12月2日）から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、当分の間、この規則による改正後の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

(おもて)

※ 区 分	1～59歳	60～64歳	65～69歳	保 險 区 分	1	2	3	
	※ 受給資格登録番号				社 被 保 険 保 者	社 被 扶 養 保 者	国 一 般 被 保 険 者	
※ 決 裁				主 務	受 付			
					決 定			
					発 行			
※受給資格証交付				要・否（理由）				
重度心身障害者等医療費受給資格登録（変更）申請書 年 （あて先）小矢部市長								
申請者						住所 氏名		
下記のとおり重度心身障害者等医療費受給資格の登録を申請し								
受 給 者	ふりがな 氏 名男・女					生年 月日	
	住 所							
受給資格証交付 事由年月日		年 月 日			身障手帳	1・2・3		
					療育手帳	A		
					その他	IQ35以		
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者	ふりがな 氏 名男・女				生年 月日	有
		住 所					付加 給付	
	被 保 険 者 記 号 番 号				保 険 者 名			
世	氏 名	年齢	対 象 者 との続柄	総所得 金額①	退職所得 金額 ②	山林所得 金額 ③	合計 ①+②+③	

(う ら)

※ 給 付 台 帳

入院 入院 外別	支 払 月	医 療 費 額	社会保険 等 担 分	公 費 負 担 他 分 そ の 他 分	差 助 成
入 院	年 月分	円	円	円	
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
入 院	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				
	年 月分				

様式第1号の2 (第2条関係)

※ 区 分	65～69歳				保 険 区 分	1	2	3	
						社 保 ・ 被 保 険 者	社 保 ・ 被 扶 養 者	国 保 ・	
※受給資格証番号									
※ 決 裁				主 務	受 付	年			
					決 定	年			
					発 行	年			
※ 受 給 資 格 証 交 付				要 ・ 否 (理由)					
重度心身障害者等医療費受給資格登録 (変更) 申請書兼受給者負担割合区分証交付申請書									
(あて先) 小矢部市長									
住所 申請者 氏名									
次のとおり重度心身障害者等医療費受給資格の登録を申請します。									
受 給 者	ふりがな				生 月	年 日		
	氏 名	男・女							
	住 所								
受 給 資 格 証 交 付 事 由 年 月 日		年 月 日			身障手帳	1 ・ 2 ・ 3			
					療育手帳	A			
					そ の 他	IQ35以下			
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者	ふりがな				生 月	年 日	
		氏 名	男・女						
		住 所					付 加 給 付		
	被 保 険 者 記 号 番 号				保 険 者 名				
※ 課税所得金額				※ 総収入金額				※ 市	
円				円				□ 1書	
								□ 2書	
※ 年 月 日									

様式第2号（第3条関係）

障

一部負担金還付該当申請書

	新規（再申請、変更、喪失）	変更前	
①ふりがな 氏名 男・女		1
②生年月日	年 月 日生		2
③居住地			
④高齢者の医療の確保に関する法律による医療受給者証番号			3
⑤障害の状況	次の書類のとおり 国民年金証書（ ） 身体障害者手帳（ ） 診断書 障害認定証明書		


様式第3号（第4条関係）

障		重度心身障害者等医療費受給資格証	
受給資格番号		—	
受給者	住所		
	氏名	男・女	
	生年月日	年 月 日	
有効期間		年 月 日から	年 月 日まで

注 意

- 1 この証は、重度心身障害者であることを証明する証です。ご確認ください。
- 2 この証は、保険診療のみに適用されます。
- 3 診療を受けるときは、医療機関で医療費の負担割合を確認を受けるとともに、この証を提示してください。
- 4 氏名、住所及び加入している保険内容に変更があったときは、速やかに添えて市長にその旨を届け、変更の手続きをお願いします。
- 5 受給者の資格がなくなったり、死亡した場合は、この証を市長に返してください。
- 6 県外の病院等の場合、事前に申請してください。

様式第4号（第4条関係）

 重度心身障害者等医療費 受給資格証		
受給資格番号		—
受給者	住所	
	氏名	男・女
	生年月日	年 月 日
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで
		年 月 日


- 注 意
- 1 この証は、重度心身障害者になることのできる証ですか
さい。
 - 2 この証は、保険診療のみに適用される証です。
 - 3 この証で医療を受けたときは、医療の確保に関する法律によ
って下さい。
 - 4 診療を受けるときは、医療機関の承認を受けるとともに、この証
を提出してください。
 - 5 氏名、住所及び加入している保険内容に変更があったときは、速
に添えて市長にその旨を届け出てください。
 - 6 受給者の資格がなくなつたときは、速にこの証を市長に返してくだ
さい。

様式第4号の2（第4条関係）

 重度心身障害者等医療費 受給資格証		
受給資格番号		—
受給者	住所	
	氏名	男・女
	生年月日	年 月 日
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで

- 注 意
- 1 この証は、保険医療機関等において、被用者保険各法にもとづく
自己負担金（高齢者の医療の確保に関する法律によるもの）と同額
を差引いた額を助成する証です。
 - 2 保険医療機関等で、受療法にもとづく、自己負担額を助成して
もらって下さい。
 - 3 この証の助成対象となるかどうかは、申請時により異なります。
詳しくは、申請先にお問い合わせください。
 - 4 助成申請手続については、申請先にお問い合わせください。

様式第4号の3 (第4条関係)

 重度心身障害者等医療費 受給資格証 (受給者負担割合区分証)	
受給資格番号	—
受 給 者	住 所
	氏 名
	生年月日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
医療機関等での 窓口での 負担割合	割
年 月 日	

注 意 事
1 この証は、重度心身障害者等とのできる証ですから大切に保
2 この証は、保険診療のみに適
3 この証で医療を受けたとき、療の確保に関する法律による給さい。
4 診療を受けるときは、医療保認を受けるとともに、この証を下さい。
5 氏名、住所及び加入している変更があったときは、14日以内その旨を届け出てください。
6 受給者の資格がなくなったとを市長に返してください

様式第5号 (第4条関係)

 一部負担金還付該当者証	
該当者番号	
住 所	
氏 名	男・女
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで

注 意 事
1 この証は、保険医療機関、高齢者の医療の確保に関する法金を還付してもらえる証です。受給証とともに、大切に保管
2 一部負担金の還付手続 高齢者の医療の確保に関する帳(医療受給者証)で医療をした負担金の領収書を、その保険て下さい。 その後、その領収書、印、口(社会福祉課)へ持参し、下さい。 (注)

様式第6号（第4条関係）

1	2	医療費区分	4	保険区分	1	2	3	4	5	6
入院	入院外		障		社被保者	社被扶養者	国一般被保険者	国被保険退職者	国被保険退職者	国被扶養者

福祉医療費請求書

年

（あて先）小矢部市長

医療機関
コード _____

医療機関等の所在地名称

開設者氏名

年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号	—	氏名	
受給期限	年 月末日	生年月日	1. 昭和 2. 平成
保険者名 (保険者番号)		被保険者 記号番号	
総点数	公費負担点数	薬剤一部負担金額	決

様式第6号の2 (第4条関係)

1	2	医療費区分	4	保険区分	1	2	3	4	5	6
入院	入院外		障		社被保者	社被扶養者	国一般被保者	国被保退職者	国被保扶養者	国保組合

福祉医療費請求書

年

(あて先) 小矢部市長

医療機関
コード _____

医療機関等の所在地名称

開設者氏名

年 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

受給資格番号	—	氏名	
受給期限	年 月末日	生年月日	1. 昭和 4 2. 平成
保険者名 (保険者番号)		被保険者 記号番号	

総点数	公費負担点数	薬剤一部負担金額	決
-----	--------	----------	---

H26.8～

交付済

1	2	医療費区分 障 66歳～ 70歳未満 (国民) (社会)	1	2	3	4
入院	入院外		1	2	3	4

福祉医療費請求書

市町村
コード

平成 年

あて

〒 〇〇〇〇〇

医療機関等の所在地及び名称
 請求者氏名

平成 年 月分の福祉医療費を下記のとおり記

受給資格番号	氏名
受給期限 平成 年 月 日	生年月日 3. 昭和 4
保険者番号	被保険者証 記号番号

入院・入院外(通院)の別 (該当欄をチェックしてください) 一般社会保険(通院)の別
 (該当欄をチェックしてください)

入院 (年 月 日 まで)

受給者氏名・療養区分別の医療費

入院外 (通院)

2割

様式第8号（第4条関係）

※ 決 裁				主 務	保 險 区 分	1	2	3	
						社 被 社 被 国	保 保 保	者 者 者	保 保 保
						受 付			
						決 定			
※ 助 成 内 容	保険診療 合計金額	控 除 額						薬 負 担	
		社会保険等負担分	公費負担その他の分	計					
	円	円	円	円					
重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書 年 （あて先）小矢部市長 申請者 住所 氏名									
下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。									
受給資格番号		—			加 入 保 険	被 保 險 者 記 号 番 号			
受 給 者	氏 名	男・女				保 險 種 別		政・経	
	生年月日					保 險 者 名			
年 月分		保険診療領収書			(入院・入院)				
受給者名					病 名				
保険診療合計点数		点			社会保険等負担点数				
公 費 負 担 額		円			薬剤一部負担金額				
一部負担金 領 収 額		円			左記金額には保険診療以外は ん。				
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等の所在地名称 開 設 者 氏 名									
なお、支給決定額は下記の口座へ振込んで下さい。 氏名									

様式第8号の2 (第4条関係)

※ 決 裁				主 務	保 険 区 分	1	2	3	
						社 被 社 被 国 保 保 保 扶 保 保 險 者 養 者 保			
						受 付			
						決 定			
						支 給			
※ 助 成 内 容	保険診療 合計金額	控 除 額							
		保険 負担分	公費 負担分	付加 給付等	一部 負担金	薬剤一部 負担金			
	円	円	円	円	円	円			
重度心身障害者等医療費（療養費払）助成申請書 （あて先）小矢部市長 <div style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</div> 下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。									
受給資格番号		—			加 入 保 険	被 保 険 者 記 号 番 号			
受 給 者	氏 名		男・女			保 険 種 別		政・組	
	生年月日					保 険 者 名			
年 月分 保 険 診 療 領 収 書 (入院・入院)									
受給者名				保 険 診 療 合 計 点 数	点	育 成 医 療 公 費 負 担			
一部負担金 領 収 額 (保険診療分)									
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等の所在地名称									

様式第9号（第4条関係）

※決議				主 務	受 付			
					決 定 支 給			
※助成内訳	該当者名					外来 1 の 内 訳	1日目	
	(該当欄をチェックしてください)							2日目
	<input type="checkbox"/> 入院（ 年 月 日入院） <input type="checkbox"/> 外来 <ul style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/>診定額 2. <input type="checkbox"/>診定率（<input type="checkbox"/>院外処方<input type="checkbox"/>院内処方） 3. <input type="checkbox"/>病 200 未満（<input type="checkbox"/>院外処方<input type="checkbox"/>院内処方） 4. <input type="checkbox"/>病 200 以上（<input type="checkbox"/>院外処方<input type="checkbox"/>院内処方） 							3日目
	<input type="checkbox"/> 保険薬局（ <input type="checkbox"/> 診定額 <input type="checkbox"/> 診定率 <input type="checkbox"/> 病 200 未満 <input type="checkbox"/> 病 200 以上）							4日目
重度心身障害者等医療費（一部負担金還付） 助 成 申 請 書								
（あて先）小矢部市長								
住 所 申請者 氏 名								
年 月分について 下記のとおり重度心身障害者等医療費の助成を申請します。								
一部負担金 還付該当者番号				高齢者の医療の確保に関する法律医療受給者番号				
受給者	氏 名		振込先	金融機関名				
	生年月日			名 義 人				
				口座番号				
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による一部負担金領収書（								
該当者名					一部負担金領収			
(該当欄をチェックしてください)								
<input type="checkbox"/> 入院（ 年 月 日入院） <input type="checkbox"/> 入院外 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>外来 <input type="checkbox"/>保険薬局 								
上記のとおり領収しました								

様式第10号（第15条関係）

※ 決 議				主 務	受 付	
					決 定	
					支 給	

重度心身障害者等医療費
限度額適用認定証発行申請書

（あて先）小矢部市長

住所
申請者
氏名

下記のとおり重度心身障害者等医療費助成事業における限度額適
を申請します。


受給者資格番号		
受 給 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日

※市町村確認欄

適用区分

- 区分Ⅰ
 区分Ⅱ

様式第11号 (第15条関係)

 重度心身障害者等医療費 限度額適用認定証	
受給資格番号	—
受給者	住所
	氏名
	生年月日
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
適用区分	
上記受給者は、上記区分のとおり、限度額の適用を行っているものであることを証明する。	

二 保険医療機関若しくは特定承認保険医療機関に入院する
 末期医療総合診療を受けるときには、健康手帳とともに必ず
 してください。

三 重度心身障害者等医療費助成事業受給対象者でなくなった
 に、この証を市に返してください。また、転出の届出をする
 証を添えてください。

四 表面の記載事項に変更があった場合には、十四日以内にこ
 出して訂正を受けてください。

様式第12号（第16条関係）

※ 決 議				主 務	受 付	
					決 定	
					支 給	
<p>重度心身障害者等医療費助成事業 高額医療費相当額助成申請書</p> <p>（あて先）小矢部市長</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> <p>年 月分について 下記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて重度心身障害 事業高額医療費相当額の助成を申請します。</p>						
受給者資格番号						
受 給 者	住 所					
	氏 名					
	生 年 月 日	年 月 日				
医療機関名						
傷 病 名						
入院の期間		年 月 日から 年 月 日				
医療機関に支払った金額						

重度心身障害者等医療費助成事業高額医療費相当額助成申請

(委任状)

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任

年 月 日請求した高額医療費相当額の受領に関する

申請者の住所、氏名 _____ 印

代理人の住所、氏名 _____ 印

口座振替	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
依 頼 欄	金融機関コード	店舗コード		