様式第5号

福祉医療費交付申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）下関市長

住所　下関市

申請者　　TEL（　　）

	氏　名	生　年　月　日	受　給　者　番　号	（宛名コード）
被保険者	□申請者に同じ	昭和 平成　　年　　月　　日		
受給者		昭和 平成 令和　　年　　月　　日	－	
		昭和 平成 令和　　年　　月　　日	－	
		昭和 平成 令和　　年　　月　　日	－	
		昭和 平成 令和　　年　　月　　日	－	

高額療養費

ご加入の健康保険組合へ限度額適用認定証の申請または高額療養費の支給申請をしましたか

- □ はい ⇒ 健康保険組合が発行した限度額適用認定証または支給（不支給）決定通知書の添付が必要です
- □ いいえ ⇒ 自己負担額（保険適用分）が21,000円以上の場合
- □ 不明 ⇒ 自己負担額（保険適用分）が21,000円以上の場合
  - □ 高額療養費支給申請の手続きを市に委任する
    - ⇒ 別途委任状の提出をお願いします
  - □ 自分で健康保険組合へ高額療養費の支給申請をする
    - ⇒ 支給（不支給）決定通知書が届き次第、再度提出をお願いします

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。

○振込先

銀行 信用金庫 協同組合 信用組合					本店 支店 支所 出張所				口座名義 （カタカナ）							
金融機関コード					支店コード （店番）				口座番号							

領収書	枚	受付者	
他	枚		