様式第8号(第7条関係)

高額療養費受領委任申出書

　重度心身障害者医療費に関する藤崎町国民健康保険への高額療養費の請求及び受領に関しては、藤崎町国民健康保険並びに藤崎町重度心身障害者医療費助成制度実施者である藤崎町長に委任します。

　　　　　　年　　月　　日

　藤崎町長

住所

世帯主

氏名

住所

受給者

氏名