

重度心身障がい者医療費給付申請書			
			年 月 日
鏡石町長			
			住所
			申請者 氏名 (印)
受給者証 記号番号	島27-	受給者名	

保険診療証明書															
													年 月 日		
医療 の 給付	診療年月		年 月 診療分				負担金		円						
	診療 日数	日	保険診療 合計点数		点 (うち公費 点)		薬剤処方		<input type="checkbox"/> 院内処方 <input type="checkbox"/> 院外処方 <input type="checkbox"/> 薬剤処方なし						
医療機関 コード				医療機関 所在地 名称 (印) 氏名 (電話)											
1	2	1		2											
入院	入院外	一般		後期高齢											
1	国保	2	協会けんぽ	3	組 合	4	船 員	5	国保組合	6	共 済	7	後期高齢		
1	2	3	4	1		2		3		4		5		6	
医科	歯科	調剤	その他	自 立 支 援		その他の 公費負担医療		特定疾病		特定疾病 (付加給付有)		高額医療費 の現物給付		法人税法に よる減額	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
内	小	外	小外	脳	皮	泌	整	眼	耳	婦	精	放	その他		

高額療養費支給に関する確認書 (申立書)					
下記のとおり確認 (申立て) します。					
年 月 日					
確認者 (申請者) 名					(印)
鏡石町長					
療養を受け た者の氏名	療養を受けた 病院診療所等	病院で支払った 一部負担金等	世帯合算額か ら控除する額	高額療養費 支給決定額	摘 要

一部負担金①		高額療養費等②		支給決定額①-②	
--------	--	---------	--	----------	--

(裏)

- (注) 1 「高額療養費支給に関する確認書(申立書)」欄(以下「申立書等欄」という。)は、高額療養費に該当しない場合、本人の申立と記入してください。
- 2 あなたが国民健康保険以外の保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書等」又は「高額療養費の積算基礎を明らかにした書類」をこの申請書と同時に提示してください。
- 3 申立書等欄の記入のため、病院等からの領収書は、家族の分も含め、保管してください。
- 4 申立書等欄に、記入漏れ又は偽りの申立てを行って医療費の給付を受けた場合は、給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。
- 5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方は、入院に係る給付申請書を提出するとき、「重度精神障がい者の入院治療に係る保険診療証明書」を添付してください。