

重度心身障害者医療費給付申請書

令和 年 月 日

古殿町長様

申請者 住所氏名印
電話番号 ()

注意 太枠内のみ記入してください。

受給者証記号・番号		(フリガナ)	生 年 月 日		
古殿		受給者氏名	大・昭・平・令 年 月 日		
加入者保険	被保険者証記号・番号		附加	有 無	有 ・ 無
	被保険者氏名		給付	金 額	円
	保険者名称				

医療機関又は薬局の記入欄(医療費の証明は、月単位とします。)

※平成17年10月診療分以後の食事療養費は給付の対象外となっていますので、空欄にしてください。

診療月	令和 年 月	診療分	1入院	2入院外	患者氏名																	
科 目	1 医 科	2 歯 科	3 調 剤	4 そ の 他	()	診療科名	1 内 科	2 外 科	3 小 児 科	4 整 形 外 科	5 泌 尿 器 科	6 眼 科	7 耳 鼻 科	8 婦 人 科	9 皮 膚 科	10 脳 外 科	11 心 血 管 外 科	12 呼 吸 器 科	13 精 神 科	14 放 射 線 科	15 そ の 他	()
療養の給付等(食事療養を除く。)					食 事 療 養 ※																	
保険診療点数					点	食事提供日数(a)		日	単価(b)													円
受領金額①(薬剤負担分を除く)					円	受領金額(a) × (b)																円
薬剤一部負担金②					円	被保険者証記号・番号																
合計① + ②					円	保険区分	1 政 5 組	2 国 6 船	3 国(退) 7 その他()	4 共 ()												
公費負担区分	1 更生 4 その他()	2 精神	3 結核			後期高齢者医療	有 ・ 無															
令和 年 月 日																						
医療機関所在地 又は薬局氏名																						
印																						

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。

令和 年 月 日 確認者(申請者)名 印

古殿町長様

療養を受けた者の氏名	療養を受けた病院・診療所	病院等で負担した一部金等	世帯控除額	算控除額	高費定額支給決定額	療養費決定額	摘要
		円		円		円	
		円		円		円	
合計		円		円		円	

支給決定額 円

決 裁	課 長		課長補佐		係 長		係 員	
-----	-----	--	------	--	-----	--	-----	--

(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。)はあなたが病院等に21千円以上72.3千円以下(非課税世帯21千円以上35.4千円以下)の医療費を支払い、かつ同じ月であなた以外の家族の者で、21千円以上の医療費を支払った者がなく高額療養費に該当しない場合、本人の申立てとして記入してください。

2. あなたが国民健康保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、あなたの市町村の国民健康保険担当課で確認を受けてください。

3. 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」をこの申請と同時に提示してください。

4. 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。

5. 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。