

重度心身障がい者医療費給付申請書

令和 年 月 日

本 宮 市 長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

受給者証 記号番号	島94					受給者名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
--------------	-----	--	--	--	--	------	--	------	--

保 険 診 療 証 明 書

令和 年 月診療分

<input type="checkbox"/> 更生医療等	<input type="checkbox"/> 特定疾病	<input type="checkbox"/> 継続健保	<input type="checkbox"/> 法人税法施行による 減額	<input type="checkbox"/> その他()									
医療の給付	保険診療合計点数				点	負担金額						円	
受領金額												円	
保険区分	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他()												
診療項目	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外						入院日数						日
令和 年 月 日							医療機関コード						

医療機関
薬 局

所 在 地
名 称

代表者氏名

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) します。

令和 年 月 日

本宮市長

確認者 (申請者)

療養を受け た者の氏名	療養を受け た病院・診療所等	病院等で支払った 一部負担金	世帯合算額か ら控除する額	高 額 療 養 費 支 給 決 定 額	摘 要					
合 計										
				給付決定額						円

- (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は、本人申立として記入してください。
- 2 あなたが国民健康保険法や老人保健法の規定により高額療養費又は高額医療費の支給を受けることができる場合は、高額療養費又は高額医療費の決定後給付になります。
- 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は、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出してください。
- 4 申立書等欄の記入のため、病院からの領収書は、家族の分を含め、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