

重度心身障がい者医療費給付申請書

年 月 日

福島県石川郡玉川村長 様

申請者 住 所

氏 名

(電話

印

)

| | | | |
|------------|-----|------|--|
| 受給者証 記号・番号 | 玉川村 | 受給者名 | |
|------------|-----|------|--|

保 険 診 療 証 明 書

年 月 診療分

平成 年 月 日

| | | | | | | | |
|---------|----------|----------------|------|-------------|-----------|------|--|
| 医療の給付 | 保険診療合計点数 | | 点 | 負担金額 (受領金額) | | 円 | |
| 医療機関コード | | 医 療 機 関 薬 局 | | 所在地 | | | |
| 1 | 2 | | | 1 | 2 | 名 称 | |
| 入院 | 入院外 | | | 一般 | 後期高齢 | 氏 名 | |
| | | | | (電話 | | | |
| | | | |) | | | |
| 公費 | 15 | 更生医療 | 21 | 精神通院医療 | その他 | | |
| | | | | 特別給付 | 3 | 特定疾病 | |
| | | | | 6 | 法人税法による減額 | その他 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| 内科 | 小児科 | 外科 | 小児外科 | 脳神経外科 | 皮膚科 | 泌尿器科 | |
| 整形外科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 産婦人科 | 精神科 | 放射線科 | その他 | |
| 60 | 70 | | | | | | |
| 歯科 | 薬局 | | | | | | |

高額医療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

福島県石川郡玉川村長 様

| 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 |
|------------|---------------|----------------|--------------|------------|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 合 計 | | | | | |

(裏)

- 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、医療保険各法の高額医療費及び老人保健法の高額療養費に該当しない場合、本人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医療費の支給を受けることができる場合、あなたの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、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。
- 6 精神障害者保険福祉手帳の交付を受けている方は、入院にかか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」(第6号様式の2)を添付してください。