

# 重度心身障がい者医療費給付申請書

年 月 日

須賀川市長

申請者 住 所

氏 名 ⑩  
生年月日 年 月 日  
電 話 ー ー

受給者証 記号番号	④	受給者名		年 月 日
--------------	---	------	--	-------

## 保 険 診 療 証 明 書

年 月 日

医療 の 給付	診療 日数	日	保険診療 合計点数	点 (うち公費 点)	負担金 ①	円
					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
食事 の 療養	入院 日数	日	食事提供 回数 (a)	回	入院時食事療養費 標準負担額 (b)	円
					入院時食事療養費標準負担月額 (a) × (b)	円 ②
合計受領金額①+②						円

医療機関 コード				医療機関 所在地			
1	2	1	2	名称 ⑩			
入院	入院外	一般	後期高齢	氏 名 (電話 )			

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 ⑩

須賀川市長

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
給付決定額					
65 歳～74 歳 (一般区分) の助成限度額					円