

# 重度心身障がい者医療費給付申請書

平成21年 4月 1日

須賀川市長

住所 須賀川市八幡町135  
申請者

氏名 須賀川 花子 Ⓜ  
生年月日 S11 年 11 月 11 日  
電 話 0248 - 75 - 1111

受給者証 記号番号	④ 7777	受給者名	須賀川 花子	21 年 4 月診療分
--------------	--------	------	--------	-------------

## 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)	負担金	① 円		
					薬剤処方	□院内処方 □院外処方 □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)	② 円
							合計受領金額①+② 円	

医療機関 コード				医療機関 所在地 名称 <span style="float: right;">Ⓜ</span> 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。

平成21年 4月 1日

確認者 (申請者) 名 須賀川 花子 Ⓜ

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