



(本人記入欄)

重度心身障がい者医療費給付申請書

須賀川市長

令和 年 月 日

住 所 須賀川市

申請者 氏 名 (印)

電 話 - -

受給者証 記号番号	(印)	受給者名	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	診療年月	平成
		生年月日			令和 年 月分

<高額療養費等の確認>

※後期高齢者医療保険に加入されている方は記入不要。

一部負担金額（病院分と薬局分の合計額）が 21,000 円以上の場合、次の質問にお答えください。

◎上記診療年月に、受給者または、受給者と同じ医療保険に加入している方で、この申請書の他に、医療機関等で支払った一部負担金額が 21,000 円以上のものはありますか。

はい ・ いいえ (○でかこむ)

⇒「はい」の方は裏面の注意事項を参照のうえ、高額療養費に該当する方は「高額療養費支給決定通知書等を添付してください。

また、家族療養費など付加給付金の受給がある場合も金額の分かる通知書等を添付してください。

(医療機関等記入欄)

保 険 診 療 証 明 書

令和 年 月 日記入

										診療年月	平成 令和	年	月分
診療 日数	日	保険診療 合計点数		点 (うち公費 点)		受領金額 (保険診療内のみの金額)				円			
						薬剤処方		□院内処方		□院外処方 □薬剤処方なし			
医療機関 コード						医療機関 所在地 名 称 (印) 氏 名 (電話 )							
1	2	1	2										
入院	入院外	一般	後期高齢										
1	3	4	5	6	8	9	1	2	3	4	5	6	7
医科	歯科	調剤	マッサー ージ	訪看	補装 具	柔道 整復	国保	協会 けんぽ	組合	船員	国保 組合	共済	後期 高齢
1		3		2		1		2		3		限度額認定証の有無 (有 ・ 無)	
自立支援 (精神通院)		自立支援 (更生医療)		その他の 公費負担医療		特定疾病		高額医療の 現物給付		法人税法に よる減額			
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	14	15	16	17
内	精	神内	呼	消	胃	循	小	外	整	脳神	呼外	心血	小外
19	20	23	26	27	28	30	31	33	34	35	36	その他 ( )	
皮	泌	産婦	眼	耳鼻 咽喉	気管 食道	放	麻酔	心療	アレル ギー	リウ マチ	リハ		

事務処理欄（記入しないでください）

一部負担金	高額療養費	付加給付金	その他調整額	給付決定額
65～74歳（一般区分）の助成限度額				