

重度心身障害者医療費給付申請書

年 月 日		
田村市長 様		
申請者 住所		
氏名 ㊟		
電話番号 ()		
受給者番号	第 号	受給者氏名
保険証記号番号		生年月日
保険者名称		大 昭 平 年 月 日

保 険 診 療 証 明 書														
診 療 月	年 月 診療分													
入院等の区分	1 入院 2 外来				診療実日数				日					
診 療 科 目	1 内科 2 歯科 3 調剤 4 その他													
診 療 科	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	脳外科	皮膚科	泌尿器科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	婦人科	精神科	放射線科	その他
公費負担等	1 自立支援医療 2 特定疾病医療 3 特定疾患医療 4 法人税法施行による減額 5 その他の公費負担													
保 険 診 療 合 計 点 数	点				合計受領金額				円					
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関・薬局(医療機関コード) 所在地 名 称 氏 名 ㊟														

高額療養費の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				
田村市長 様				
確認者（申立者） ㊟				
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
合計				

(裏)

(注)

- 1 「高額療養費の支給に関する確認書(申立書)」欄は、国民健康保険または他の社会保険加入の方が高額療養費に該当しない場合、本人の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または後期高齢者医療制度以外の保険から高額療養費の支給を受けられる場合、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書」または「高額療養費の積算基礎を明らかにした書類」をこの申請書と同時に提示してください。
- 3 申立書等欄の記入のため、病院等からの領収書は、家族の分も含めて保管してください。
- 4 申立書欄に、記入漏れまたは偽りの申立て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になります。