

## 重度心身障がい者医療費給付申請書

年 月 日

矢吹町長

申請者 住 所

氏 名

印

受給者番号		受給者区分	<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上
受給者氏名		生年月日	年 月 日
保険種別	1 国保    2 健保    3 組合    4 船員    5 国組    6 共済    7 後期高齢	※この欄には何も記載しないでください。	

## 保 険 診 療 証 明 書

診療区分	1 医科	2 歯科	3 調剤	4 訪問看護	5 その他	診療科		診療月	年 月分
									1 入院外
診療点数	点						一部負担金	円	
	(再掲:公費分)								
	1 精神通院 2 その他 ( )								

※ 該当するものを○で囲み、証明事項を記載してください。

※ 入院時の一部負担金額には食事療養費を除く。

年 月 日

医療機関

※医療機関コード (必ず記入願います。)

住 所

名 称

氏 名

印

## 高額療養費支給に関する確認書

年 月 日

矢吹町長

下記のとおり確認します。

申請者氏名

印

療養を受けた者氏名	療養を受けた病院	病院支払一部負担金	世帯合算額控除額	高額療養費支給決定額	適 用		
合 計		円	円	円			
区 分	医療費総額	公費負担	一部負担金	高額療養費	附加給付	更生医療等	助 成 金
入・外	円	円	円	円	円	円	円

NO. \_\_\_\_\_

(裏)

(注)

- 1 あなたが国民健康保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、「高額療養費支給に関する確認書」欄に町の国民健康保険担当課で金額の確認を受けてから本人確認として記入押印してください。
- 2 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」をこの申請書と同時に提示してください。
- 3 確認書欄に、記入漏れ又は偽りの金額を記入し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となります。
- 4 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方が、入院にかかる給付申請書を提出するときは「重度精神障がい者の入院治療に係る保険診療証明書」を添付してください。