

重度心身障がい者医療費給付申請書

平成 年 月 日

須賀川市長 様

住 所
申請者
氏 名
生年月日 年 月 日
電 話 ー ー

㊟

受給者証 記号番号	㊟	受給者名	年 月 診療分
--------------	---	------	---------

保 険 診 療 証 明 書

平成 年 月 日

医療の 給 付	保険診療 合計点数	点	負担金①	円				
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 標準負担日額 (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 氏 名				
1	2	1	2	㊟				
入院	入院外	一般	後期高齢	(電話)				

1	国保	2	政 管	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	更生医療 特定疾病	特 定 疾 病	特定疾病 (付加給付有)	継 続 健 保	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 年 月 日

確認者 (申請者) 名

㊟

須賀川市長 様

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