

(表)

重度心身障がい者医療費給付申請書										
二本松市長					年 月 日					
申請者住所										
氏名					印					
受給者証	記号	二本松市			受給者氏名					1 入院外 2 入院
	番号				生年月日	年	月	日	3 調剤 4 整骨等	
保険診療証明書										
診療月	年 月診療分				保険区分	社保	国保	後期	その他 ()	
保険診療 合計点数				点	受領金額				円	
公費負担区分	<input type="checkbox"/> 更生(15) <input type="checkbox"/> 精神(21) <input type="checkbox"/> その他()									
上記のとおり証明する。 年 月 日 医療機関・薬局(医療機関コード) 所在地 名称 氏名 印										

裏面もご覧ください。後期高齢者医療制度に加入されている方以外は下記に記入してください。

高額療養費等支給に関する確認書(申立書)			
二本松市長			年 月 日
確認者(申立者)氏名			印
※該当する番号すべてに○を付けてください。			
1 上記の診療は、高額療養費等に該当しません。			
2 上記の診療のほかに、同月内に同じ公的保険に加入する世帯員の医療費の支払いはありません。			
3 上記の診療のほかに、同月内に同じ公的保険に加入する世帯員の医療費の支払いがありましたので次のとおり申し立てます。			
診療を受けた 世帯員の氏名	診療を受けた 医療機関等の名称	一部負担金の額	高額療養費等として 支給を受けた額
		円	円
		円	円
		円	円
計		円	円
※給付決定額			

(裏)

- (注) 1 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」をこの申請と同時に提示してください。
- 2 「高額療養費等支給に関する確認書（申立書）」欄(以下「申立書等欄」という。)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。
- 3 あなたが国民健康保険法または高齢者の医療の確保に関する法律の規定により高額療養費の支給を受けることができる場合には、高額療養費の決定後に給付になります。
- 4 申立書等欄の記入のため、医療機関等からの領収書は、家族の分も含め、保管してください。
- 5 申立書等欄に、記入漏れ又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となります。
- 6 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方は、入院に係る給付申請書を提出するとき、「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。