

重度心身障がい者医療費給付申請書

年 月 日

本 宮 市 長

住 所

申請者 氏 名

印

電話番号

受給者証 記号番号		受給者名		生年月日	年 月 日
--------------	--	------	--	------	-------

保 険 診 療 証 明 書

年 月診療分

1. 更生医療等	2. 特定疾病	3. 継続健保	4. 法人税法施行による減額	5. その他 ()
医療の給付	保険診療合計点数	点	負 担 金 額	円
受 領 金 額		円		
保 険 区 分		社保	国保	後期
診 療 項 目		1. 入院	2. 入院外	入院日数

年 月 日

所 在 地

医療機関
薬 局

名 称

代表者氏名

印

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) します。

年 月 日

本宮市長

確認者 (申請者)

印

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	摘 要
合 計					

給付決定額	円
-------	---