

重度心身障害者医療費支給申請書

年 月 日

五所川原市長

住所

申請者

氏名

受給者記入欄

受給者証	公費負担者番号	8	0	0	2	0	0	5	0	加入者保険	記号		
	受給者番号										番号		
受給者	氏名									附加給付	保険者名		
	生年月日	T S H R	年	月	日						金額	円	
同一月内における世帯員の受領の有無		有	無	受給者氏名						一部負担金	円	高額療養費の額	円
過去1年間における高額療養費支給回数		回	上記のとおり相違ありません。										
		年 月 日 申請者氏名											

保険医療機関等記入欄

年 月 日から	年 月 日まで	分										
医療費総額(保険診療対象分)		外来						円	保険診療による一部負担金			
		入院						円			円	
訪問看護療養費の総利用額(保険対象分のみ)								円	回数	回		
								円	基本利用料	円		
年 月 日												
保険医療機関等所在地												
名 称												
代 表 者												
(印)												

保険薬局記入欄

年 月 日 分	処方箋受付回数	回	一部負担金額(保険対象分のみ)		円
診療報酬点数		点			
年 月 日					
保険薬局所在地					
名 称					
代 表 者					
(印)					

市町村記入欄

	一部負担額 A	控除額・附加給付 B	支給額 A-B	備考
病院	円	円	円	年 月
薬局	円	円	円	年 月
合計	円	円	円	年 月 円
市町村民税課税対象者の控除額算定欄				
高額療養費の世帯合算・附加給付				

(裏面)

重度心身障害者医療費申請の注意事項

- 1 同一月内に同一被保険者証の被保険者及び被扶養者の自己負担額の合算額が一定額以上を超え高額療養費が支給される場合は、被保険者証及び同一世帯員の領収書、高額療養費支払通知書を添付してください。
- 2 過去1年間に同一被保険者証の被保険者又は被扶養者で、高額療養費の該当回数が4回以上あった場合は、4回目以降は、被保険者証及び支払通知を添付してください。
- 3 院外処方による調剤の場合には保険薬局から証明してもらってください。
- 4 偽りその他不正行為により医療費の支給を受けた場合は、支給を受けた額の全部又は一部を返還していただくことがあります。