第6号様式(第7条関係)

重度心身障害者医療費給付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  小野町長　　　　様  住所　小野町大字  氏名　　　　　　　　　　㊞  電話番号　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | 島73 | | | | | | | | | | | 受給者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明．大．昭．平  年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 診療科目 | | 1 | | 2 | | 3 | | | 4 | | 診療科目 | 1 | | | 2 | | | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | | 7 | | 8 | | | | 9 | | | 10 | | 11 | | | 12 | | 13 | 14 | |
| 医科 | | 歯科 | | 調剤 | | | その他 | | 内 | | | 小 | | | | 外 | | 小外 | | 脳 | | 皮 | | | 泌 | | 整 | | | | 眼 | | | 耳 | | 婦 | | | 精 | | 放 | その他 | |
| 1 | 更生医療等 | | | | | | 2 | 更生医療  特定疾病 | | | | | | 3 | | | 特定疾病 | | | | | | 4 | 特定疾病  (付加給付) | | | | | | | | 5 | 継続健保 | | | | | | | | 6 | | 法人税法施行による減額 | | | |
| 保険診療証明書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療月　　　　　年　　月分　　1　入院　　2　入院外 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医療機関コード | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療の給付 | | | | | 保険診療合計点数 | | | | | | | | 点 | | | | | | | | | | | | | 負担金額・①　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事の療養 | | | 入院日数 | | | | | | | 日 | | | | | | | | 入院時食事療養費定額負担日額(b) | | | | 円 | | | | | | | | | 入院時食事療養費定額負担月額  〔(a)×(b)〕・② | | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 食事提供日数(a) | | | | | | | 日 | | | | | | | |
| 上記のとおり証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 薬剤一部負担金・③ | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 合計受領金額①＋②＋③ | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 年　　月　　日  住所  医療機関　名称  氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 高額療養費支給に関する申立書  下記のとおり申し立てます。  　　　　　　年　　月　　日  申請者名　　　　　　　　　　㊞  小野町長　　　　様 | | | |
| 療養を受けた者の氏名 | 療養を受けた病院・診療所等 | 病院等で支払った一部負担金 | 摘要 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 医療費総額 | 公費負担 | 一部負担金 | 高額療養費 | 付加給付 | 更生医療費等 | 助成金 |
| 入・外 |  |  |  |  |  |  |  |

＊平成17年10月分より入院時食事療養費定額負担額は該当になりません。高額療養費　　　　No.

(裏面)

(注)　1　「高額療養費支給に関する確認書(申立書)」欄(以下「申立等欄」という。)は、あなたが病院等に政令で定められた一定額以上の一部負担金を支払い、かつ同じ月であなた以外の家族の者で、政令で定められた一定額以上の一部負担金を支払った者がなく、高額医療費に該当しない場合、本人の申し立てとして記入してください。

2　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、あなたの市町村の国民健康保険担当課で確認を受けてください。

3　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」又は「高額療養費の積算基礎が確認できる書類」をこの申立書と同時に提示してください。

4　申立書等欄の記入のため、病院等からの領収書は、家族の分も含め、保管して下さい。

5　申立書等欄に、記入漏れ又は偽りの申立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、入院にかかる給付申請書を提出するとき、「重度精神障害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。