

(表)

## 重度心身障がい者医療費給付申請書

令和 年 月 日

三春町長様

申請者住所

氏名 印

受給者証番号		受給者名	
加入保険の種類	1 三春町国保 2 後期高齢 3 その他の保険		

## 保険診療証明書

診療月	年 月分						診療科目		1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他							
入院等の区分	1 入院 2 外来						入院日数		日							
診療科目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	内科	小児科	外科	小児外	脳外科	皮膚科	泌尿器科	整形外科	形成外科	眼科	耳鼻咽喉	婦人科	精神科	放射線科	リハビリ科	その他
保険診療合計点数	点						合計受領金額				円					
公費負担等	1 自立支援医療 2 特定疾病医療 3 特定疾患医療 4 法人税法施行による減額 5 その他の公費負担( ) 6 該当なし															

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関 所在地  
薬局 名称

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(申立て)します。

令和 年 月 日

三春町長様

申立者 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
合計					

## 【担当記入欄】

入院等の区分「1 入院」かつ診療科目「13 精神科」の場合のみ確認

精神保健福祉手帳 無・有(級) 身体障害者手帳(級) 無 療育手帳(A・B) 無

(裏)

- 注) 1 「高額療養費支給に関する確認書(申立書)」欄(以下「申立書等欄」という。)は、あなたが病院等に21,000円以上の医療費を支払い、かつ同じ月であなた以外の家族の者で、21,000円以上の医療費を支払った者がなく高額療養費に該当しない場合、本人申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、あなたの町の国民健康保険担当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等」又は「高額療養費の積立基礎を明らかにした書類」をこの申請と同時に提出してください。
- 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、入院にかか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。
- 7 確定申告時、医療費控除をうけた医療費についてはこの申請をすることができませんので、ご注意ください。