第6号様式（第7条関係）　　（表）

重度心身障害者医療費給付申請書

年　　月　　日

浪 江 町 長

申請者　住所

氏名　　㊞

電話

受給者証記号・番号	浪江	受給者名	

保 険 診 療 証 明 書

年　　月　　日　　所在地

医療機関コード　　名　称

氏　名　　㊞

電　話

診療年月	年　　月分	入院・入院外	入院 ・ 入院外
入院期間	年　　月　　日から 同年同月　　日まで	診　療　科	
		診療実日数	日
保険診療の合計点数	点	薬剤一部負担金額①	円
		負担金額（①を除く）②	円
合計受領金額　① ＋ ②			円

高額療養費支給に関する確認書（申立書）

浪 江 町 長　　年　　月　　日

申請者氏名　　㊞

下記のとおり確認（申立て）します。

療養を受けた者の氏名	療養を受けた医療機関名称	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					

給付決定額		受　付　印	

（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。）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、町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」をこの申請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。