

重度心身障害者医療費給付申請書					
相馬市長				年 月 日	
申請者 住 所					
氏 名					
電話番号				()	
受給者 番 号		受給者 氏 名		受給者 生年月日	年 月 日

保 険 診 療 証 明 書						
年 月 診療分		1：入院 2：入院外		診療科目	1：医科 2：歯科 3：調剤 4：その他 ()	
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 療養費負担額 (一食単位) (b)	円	入院時食事療養費 定額負担月額	入院時食事療養費 給付決定額
	食事提供 回数 (a)	回			② (a)×(b) 円	③ ②÷2= 円
合 計 受 領 金 額					①+② 円	給付額①+③ 円
年 月 日						
医療機関コード						
医療機関 所 在 地 薬 局 名 称 氏 名 電話番号						
印						

高額療養費支給に関する確認書（申立書）						
相馬市長						
確認者（申請者）氏 名						
印						
下記のとおり確認（申立て）します。						
(注意：食事療養費は、「病院等で支払った一部負担金等」に含めないこと。)						
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	療 養 を 受 け た 病院・診療所等	病院で支払った 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	
		円				
		円				
合 計		円	円	円		
支 給 年 月 日	高 額 療 養 費 支 給 額	附 加 給 付 額	そ の 他	医 療 費 負 担 額	食 事 療 養 費	給 付 決 定 額

※裏面を必ず読んでから申請してください。

(注意)

- 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、あなたが後期高齢者医療制度の対象とならない方で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以外の保険者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を明らかに確認できる書類」を併せて提出してください。
- 3 申立書等欄記入のため、領収書は家族の分も含め保管してください。
- 4 申立書等欄に、記入漏れ又は偽りの申立てを行った場合は、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。
- 5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方は、入院に係る給付申請を提出するとき、「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。
- 6 入院時の食事療養負担金については、負担金の2分の1を給付しますが、療養病床入院時に負担する居住費についての給付はありません。