

第6号様式

重度心身障害者医療費給付申請書 平成 年 月 日 只見町長 様 申請者 住所 只見町大字 字 番地 氏 名 印			
受給者証記号 ・ 番号		受給者名	1 入院 2 入院外

保 険 診 療 証 明 書 年 月 診療分							
医療の給付		保険診療合計点数		点	薬剤一部負担金額 ・		円
					負担金額 (を除く) ・		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) x (b)] ・	円	
	食事提供日数 (a)						
合計受領金額 + +				円			
平成 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。 平成 年 月 日 確認者 (申請者) 印 只見町長 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 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								円
決 裁	課長		課長補佐		係長		係員	