第7号様式（第8条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障がい者医療費給付申請書  令和　　年　　月　　日  　白河市長  申請者　　住所  氏名 | | | | | |
| 受給者証  番号 |  | 受給者名 |  | 生年月日 | 昭和・平成  年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険診療証明書 | | | | | | | |
| 診療科目コード | 1　医科  　2　歯科  　3　調剤 | | 診療科 | |  | | |
| 入院 | | | | | | 入院外 | |
| 平・令  　　年　　月　　日から  平・令  　　年　　月　　日まで | | 日間 | | 診療点数  点 | | 診察月  平・令  　　年　　月 | 診療点数  点 |
| 受領金額  円 | | 受領金額  円 |
| 医療機関コード  　　令和　　　年　　月　　日  医療機関　所在地  名称  氏名 | | | | | | | |

（注）これ以下は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |