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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |