第8号様式(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障がい者(６５歳以上者用)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 | | 明治・大正・昭和   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 年 |  | 月 |  | 日 | | |  |
|  | 加入保険 | | １　後期高齢者医療　　２　その他の保険 | | | | | 自　己　負担割合 | | | １割 　２割 　３割 | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 保険診療証明書 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | 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　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | |

（注）これ以下は、記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付額 | | 入院 | 円 | | | 入院外 | 円 | | |
| 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 |  | | |  |  | | |  |  |