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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |