

重度心身障がい者医療費給付申請書記入例

- 申請書は 65 歳未満（ピンク色）と 65 歳以上（白色）の 2 種類あります。
- 申請書は市役所窓口を設置してあります。白河市 HP からダウンロードも可能です。
- 以下のいずれかの方法で申請書をご提出ください。

提出方法 1

①を記入のうえ領収書（原本）と一緒に提出（②の証明は不要）

提出方法 2

①を記入のうえ②に医療機関で証明を受け提出（領収書の添付は不要）
- 申請書は医療機関（病院・薬局等）毎、診療月毎に 1 枚ご提出ください。
例：4 月に A 病院・B 病院・C 薬局＋5 月に A 病院の受診があった場合
＝ 4 枚の申請書提出が必要になります。

①
申請者の内容
を記入

②
病院記入欄

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

令和〇年4月1日

白河市長

申請者 住所 白河市八幡小路7番地1

受給者証の番号を記入

氏名 白河 太郎

受給者証番号	1234	受給者名	白河 太郎	生年月日	明治・大正・昭和 〇年11月7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 〇年4月1日 から	7日間	診療点数	診療点数
平・令 〇年4月7日 まで		××× 点	××× 点
		受領金額	受領金額
		××× 円	××× 円

医療機関コードXXXXXXXXXX

令和〇年5月1日

医療機関 所在地 XXXXXXXX
名称 XXXXXXXX
氏名 XXXXXXXX

印

(注) これ以下は、記入しないでください。