様式第３号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 只見町子ども医療費助成申請書年　　　月　　　日只見町長　 |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 氏名 | 印 |
| 受給資格者番号 |  | 子ども氏名 |  | 入通の別 | 入院　　通院 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　険　診　療　証　明　書年　　　月診療分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険診療合計点数 | 窓　口　受　領　金　額 | 入院日数 | 高額療養費 |
| 合計受領額 | うち保険診療 | うち保険外・私費 | うち入院時食事療養費標準負担額 |
| 点 | 円 | 円 | 円 | 円 | 日 | 該当非該当 |
| 利用する他の公費助成 | 　養育医療　　育成医療　　更生医療　　精神通院　　難病　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※　診療科ごと別会計の場合は、余白に本証明にかかる診療科を記載ください。年　　　月　　　日医療機関　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　 |

|  |
| --- |
| 高額療養費支給に関する申立書　下記のとおり、申し立てます。　　　　　　年　　月　　日申立者氏名　　　　　　　　　　　　印　　只見町長（注意　食事療養費は、「病院等で支払った一部負担金等」に含めないこと。） |
| 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 |
|  |  | 円  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　　　　計 |  | 円  | 円  |  |