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	