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 |  |