

子ども医療費助成申請書

令和 年 月 日

南会津町長 様

住 所 南会津町

申請者

氏 名

子ども医療費 受給資格登録番号		子 ど も	氏 名		
			生 年 月 日	年 月 日	
摘 要	入院・入院外・調剤・歯科・柔整・補装具等		受診時年齢	歳	
他公費負担の有無	無 ・ 有 (制度名/ 公費実施負担番号/ )				

保 険 診 療 証 明 書

年 月診療分

○入院外、調剤、歯科

保険診療点数	一部負担金
点	円

○柔道整復、接骨、はり・きゅう、補装具 等

保険診療点数	一部負担金
点	円

○入 院

保険診療点数	一部負担金	内 受 領 金 額			入院日数
		合 計	食 事 療 養 費 以 外	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額 ( 食 )	
点	円	円	円	円	日

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

所 在 地  
名 称  
医療機関  
又は薬局  
氏 名  
電話番号



※医療機関記入不要(町記入欄)

一部負担金	付 加 給 付 高額療養費	支給決定額
円	円	円

<p>高額療養費支給に関する申立書</p> <p>下記のとおり、申し立てます。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p style="text-align: right;">申立者氏名</p> <p>南会津町長</p> <p>(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。)</p>					
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	