

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) 円	
点	円	円	円	円	円	日

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

所在地
医療機関
又は薬局
名 称
氏 名
電話番号

印

※医療機関記入不要(町記入欄)

一部負担金	付 加 紹 付 高額療養費	支給決定額
	円	円

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

南会津町長

(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 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
合	計	円	円	円	