

様式第4号(第8条関係)

(表)

妊産婦医療費助成申請書				年 月 日
南会津町長		住 所 申請者 氏 名		
受給者番号		対象者	氏 名	
			生年月日	年 月 日
摘 要	入院・入院外・調剤・歯科			

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		
○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	
点	円	円	円	( 日) 円	日
上記のとおり証明する。					
年 月 日					
		医療機関 又は薬局	所 在 地 名 称 氏 名 電話番号		印
口座振込先	金融機関				
	口座番号				
	口座種別	当座 ・ 普通 ・ 総合			
	名義人(フリガナ)				

(裏)

注) 高額医療費に該当した場合は、当該支給決定通知書の写しを添付してください。

※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

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	