

様式第4号(第7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 (印)
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					
所在地 医療機関 名称 又は薬局 氏名 電話番号					(印)

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

(裏)

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	