

様式第3号 (第8条関係)

乳 幼 児 医 療 費 助 成 申 請 書			
		年 月 日	
檜葉町長 様		申請者 住 所 氏 名	印
		(電話番号 - )	
受給資格証番号		乳幼児名	年 月 日生

保 険 診 療 証 明 書				
年 月		診療分	1 入院	2 入院外
医療の給付	保険診療合計点数 ※	点	負担金額①	円
公費負担等				
食事療養費分	食事提供回数	回	食事療養費標準負担額②	円
合 計 受 領 金 額 ① + ②				円
年 月 日		医療機関 所在地 名 称 氏 名		印

高 額 療 養 費 支 給 に 関 する 申 立 書					
下記のとおり、申し立てします。					
年 月 日		申立者氏名			印
檜葉町長 様					
(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。)					
診療を受けた者の氏名	診療を受けた病院、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	

支給年月日	支 給 額	受 給 者		
		住 所	氏 名	印

※接骨院等の場合は医療費総額を記入してください。