

記入方法

子ども医療費助成申請書

平成 年 月 日

檜葉町長 様

申請者住所 檜葉町大字 字 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_  
(電話番号 \_\_\_\_\_ )

受給資格証番号		受給者氏名	
			年 月 日生

日付・申請者住所・氏名・電話番号・受給資格証番号・受給者氏名・生年月日をご記入ください。  
**申請者と受給者証の保護者名は同一にしてください。**

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
	薬剤一部負担金		負担金額②	円
食事の療養	入院日数	日	入院時食事療養費定額負担日額 (b)	円
	食事提供日数(a)	日		
合計受領金額 ① + ② + ③				円

年 月 日

医療機関 所在地 \_\_\_\_\_ 名称 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

医療機関で記入してもらいますが、医療機関で記入できなかった場合は、領収書(原本)をつけてください。

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」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、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
決裁	課長	課長補佐	係長	係員

町で記入します。

この申請書は、1つの医療機関につき1ヶ月で1枚の提出になります。  
同封の白紙の申請書をコピーしてご利用することもできます。