

様式第3号(第4条関係)

子ども医療費助成申請書 平成 年 月 日 檜葉町長 様 住所 檜葉町大字 字 氏名 (電話番号 - )		
受給資格証番号	児童名	年 月 日

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	入院時食事療養費定額負担月額	円	
	食事提供日数(a)	日			[(a)×(b)] ③		
合計受領金額 ① + ② + ③							円
年 月 日 医療機関所在地 名称 氏名 <span style="float: right;">⑩</span>							

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 <span style="float: right;">⑪</span> 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

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	