

第3号様式

乳幼児及び子ども医療費助成申請書 令和 年 月 日 浅川町長 様 申請者 住所 浅川町大字 氏名 電話 — —						
受給者証 記号・番号		乳幼児・子 どもの氏名		生年月日		入院・通院 <small>同月入院有(本人, 家族)無</small>

保 険 診 療 証 明 書 年 月診療分					
保 険 診 療 点 数			受 領 金 額		
合 計	食事療養費以外	食事提供回数	合 計	食事療養費以外	食事療養費分
点	点	回	円	円	円
令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 氏 名					

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 浅川町長 様 申立者氏名 (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	

支 給 年 月 日	支 給 額	受 給 者	
		住所	氏名 印

高額な一部負担金には、次のものが該当します。

- 1 あなた又はあなたの世帯員が、医療機関の窓口で支払った一部負担金の額が21,000円以上のもの
- 2 あなたの子供が、育成医療等の給付を受けた際に、保険給付以外の負担額が21,000円以上で、費用徴収分として病院に支払ったもの