

(表)

## 子ども医療費助成申請書

年 月 日

石川町長

様

住 所

申請者 電話番号

氏 名

印

受給者証 記号・番号	受給者氏名 (子どもの氏名)		1入院	2通院
	生年月日	年 月 日		

## 保険診療証明書

年 月診療分

保険診療点数			受領金額			
合計 ①+②	食事療養費以外 ①	食事療養費分 ②	合計 ①+②+③	食事療養費以外 ①	食事療養費分 ②	薬剤一部負担金 ③
点	点	点	円	円	円	円

年 月 日

所在地  
医療機関 名称  
氏 名

印

## 高額療養費に関する申立書

次のとおり申し立てます。

年 月 日

申立者 氏 名

印

石川町長

様

(注意 食事療養費は、「病院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円を越えた場合
- 2 あなたの子供が、育成医療費等の給付を受けた際に保険給付以外の負担金が21,000円以上で、費用徴収分として病院に支払った場合。

※ 高額な一部負担金に該当した場合は、高額療養費支払決定通知書の添付が必要です。