

妊産婦医療費助成申請書

年 月 日

石川町長 様

住 所

申請者 電話番号

氏 名

受給者証 記号・番号		対象者氏名		1 入院 2 通院
		生年月日		

保険診療証明書

年 月診療分 (入院・入院外)

保険診療科目	1 医科 2 歯科 3 調剤 4 その他
入院日数	日

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

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	

【事務処理欄 ※この欄は記入しないでください。】

支給年月日	一部負担金合計	付加給付額	高額療養費等支給額	支給決定額
	(A)	(B)	(C)	(A) - (B) - (C)
	円	円	円	円

(裏)

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円を超えた場合

※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。