

第3号様式

乳幼児医療費助成申請書				
只見町長	様	(申請者)住所	只見町大字	字
		氏名		
平成	年	月	日	
受給資格証番号		受給者名	入通の別	入院 通院

保 険 診 療 証 明 書				
平成		年	月	診療分
保 険 診 療 合 計 点 数	受 領 金 額			入 院 日 数
	合 計	食 事 療 養 費 以 外	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	
点	円	円	円	日
平成		年	月	日
(医療機関)			所在地 名称 氏名	印

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。					
平成		年	月	日	
				申立者氏名	印
只見町長		様			
(注意 食事医療費は、「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 領 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。(世帯合算の基となる金額)

- 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30,000円以上のもの(市町村民税非課税世帯の方は、21,000円以上のもの)。
- 2 あなたのお子さんが、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30,000円以上で、費用徴収分として病院に支払ったもの。