|  |  |
| --- | --- |
| 受給資格者記入欄 | 子ども医療費助成申請書年　　月　　日　　　二本松市長住所　二本松市　　　　　　　受給資格者　氏名　　　　　　　　　　印　電話番号　　　　―　　　　　　　 |
| 受給資格者証番号 |  | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 1　通院2　入院3　薬局 |
| 子ども氏名 | 　 |
| ◎ 受領金額が21,000円以上の場合は、次の質問にお答えください。(入院時食事療養費は含まれません。)１　お子さんと同じ保険証に加入している方に○を付けてください。(お子さんからみて)　　　 父　　　母　　　兄　　　姉　　　弟　　　妹　　　その他(　　　　　　　　　　)　２　１のうちお子さんが診療を受けた月に、同じ保険証に加入している方で21,000円以上の診療を受けた方（お子さんを含む同一保険加入の方）がいて、その合計額が自己負担限度額を超えていますか。　　　　該当する方に○をつけてください。 　　 は　い　・　いいえ* 「はい」の方は加入している保険者が発行する「高額療養費支給決定通知書」等を添付して、高額療養費支給額がわかるように申請してください。
* 「いいえ」の方は下記の「高額療養費支給に関する申立書」に記入してください。
 |
| 高額療養費支給に関する申立書　本件は、高額療養費に該当しないことを申し立てます。　　　　　　　年　　　月　　　日申立者　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等証明欄 | 保険診療証明書　下記のとおり証明いたします。医療機関コード　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日所在地　　　　　　　　　　　　医療機関・薬局　名称　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　診療科　　　　　　　　　　　　 |
| 診療年月 | 年　　　　月分　　　 | 保険診療点数 | 点　 |
| 通院・入院等の別 | 通院　　入院　　薬局 | 受領金額　①(保険診療分のみの額) | 円　 |
| 診療日数 | 日　　　 |
| 入院期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　　 |
| 入院時食事療養費 | 食事提供数　　　　　　　回(a) | 定額負担月額(a)×(b)　　　　　　② | 円　 |
| 定額負担額　　　　　　　円(b) |
| 合計受領金額　　①＋② | 円　 |