|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |