

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 ー
受給資格者	受給資格者証番号		フリガナ 子ども氏名		生年月日	年 月 日	1 通院 2 入院 3 薬局
格	<p>◎ 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。)</p> <p>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)</p> <p style="padding-left: 20px;">父 母 兄 姉 弟 妹 その他()</p> <p>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。</p> <p style="padding-left: 20px;">該当する方に○をつけてください。 はい ・ いいえ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「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。 						
欄	<p>高額療養費支給に関する申立書</p> <p>本件は、高額療養費に該当しないことを申し立てます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申立者 氏名 印</p>						

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。			
	年 月 日		医療機関コード _____	
			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	