

申請者記入欄	子育て支援医療費助成申請書			
	三春町長 様		年 月 日	
	住所			
	申請者 氏名			
	(被保険者) 電話			
次のとおり、子育て支援医療費の助成を申請します。				
受給資格証番号			子どもの氏名	
加入保険保険者番号			子どもの生年月日	年 月 日

医療機関等記入欄	保険診療証明欄																												
	診療月	年 月 分				1 入院					2 入院外																		
	診療科目	1 内科		2 小児科		3 外科		4 小児外科		5 脳外科		6 皮膚科		7 泌尿器科		8 整形外科		9 眼科		10 耳鼻咽喉科		11 産婦人科		12 精神科		13 放射線科		14 その他（ ）	
	診療科名	1 内科		2 小児科		3 外科		4 小児外科		5 脳外科		6 皮膚科		7 泌尿器科		8 整形外科		9 眼科		10 耳鼻咽喉科		11 産婦人科		12 精神科		13 放射線科		14 その他（ ）	
	保険診療合計点数	点				受領金額① (一部負担金)					円																		
	食事療養費	提供回数 (A)				回					定額負担額 (B)					円													
		定額負担月額② (A) × (B)									円																		
	合計受領金額 (①+②)										円																		
	上記のとおり証明します。																												
	年 月 日																												
医療機関 所在地																													
名 称																													
代表者																													
印																													

【この欄は記入しないでください。】

自己負担額	高額療養費支給額	付加給付額	助成額
円	円	円	円

※ 一部負担金(①)が21,000円を超えた場合は、裏面をご覧ください。

◎今回申請する医療費が21,000円以上で、高額療養費に該当しない場合

次の申立書にご記入ください。

高額療養費支給に関する確認書(申立書)

年 月 日

三春町長 様

申請者氏名

下記のとおり申し立てます。(該当する番号に○をつけてください。)

- 1 同じ健康保険に加入している者において、今回申請する月は、表面記載のもの以外に、一医療機関あたり21,000円以上の医療費の支払いはありません。
- 2 同じ健康保険に加入している者において、今回申請する月は今回申請するもの以外に、一医療機関あたり21,000円以上の医療費の支払いがありました。

療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	医 療 機 関 名	支払った一部負担金
		円
		円
		円

◎今回申請する医療費が21,000円以上で、高額療養費に該当する場合

「高額療養費支給決定通知書」等を添付し、申請してください。

※「高額療養費」とは、医療機関等で支払った自己負担額（食事療養費及び保険診療対象外の費用は除く。）が、自己負担限度額を超えたときに、請求により加入している健康保険から払い戻される制度です。

同じ健康保険に加入している方で、同じ月に21,000円以上の自己負担額が複数あるときは、合算して自己負担限度額を超えた額が、高額療養費として払い戻されます。