

子育て支援医療費助成申請書

年 月 日

三 春 町 長 様

住所 三春町

申請者

氏名

印

次のとおり、子育て支援医療費の助成を申請します。

申請者記入欄	受給資格証 記号番号	三春一子一	子 ど も	氏 名	
				生年月日	年 月 日
	保険者番号			保険者名	

保険診療証明欄

医療機関・薬局記入欄	診療月	年	月	分	1 入院	2 入院外									
	診療科目					1 医科	2 歯科	3 調剤	4 その他						
	保険診療合計点数					点	薬剤負担金受領額①		円						
							受領金額②		円						
	食事療養費分③					日						円			
	合計受領金額 (①+②+③)										円				
	診療科目	1 内	2 小	3 外	4 小外	5 脳	6 皮	7 泌	8 整	9 眼	10 耳	11 婦	12 精	13 放	14 その他
	上記のとおり証明します。														
	年 月 日														
	医療機関 コード														
又は薬局 住所															
氏名															
印															

※診療月より2年を経過したものは受領できませんのでご注意ください。

(裏)

高額療養費支給に関する確認書（申立書）

下記のとおり確認（申立）します。

年 月 日

申請者氏名

印

三春町長 様

医療を受けた者の氏名	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	高額療養費から控除する額	高額療養費支給決定額
合計				

(注) 1 「高額療養費支給に関する確認書（申立書）」欄（以下「申立書等欄」という。）は、あなたが次の各号のいずれかに該当する場合に記入し、又は証明を受けてください。

(1) あなたが病院等に21,000円～72,300円以下（市町村民税非課税世帯の場合は21,000円～35,400円以下）の医療費を支払い、かつ同じ月であなた以外の家族の者で21,000円以上の医療費を支払った者がなく高額医療費に該当しない場合、本人の申し立てとして記入してください。

(2) あなたが国民健康保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、あなたの町の国民健康保険担当課まで確認を受けてください。

(3) あなたが、国民健康保険以外の保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書」又は「高額療養費の積算基礎が確認できる書類」をこの申立書を同時に提示してください。

2 この書類の記入に必要なため、病院等からの領収書は、家族の分も含め保管してください。

3 この書類に記入漏れがあったり、又は偽りの申立てを行って医療費の給付を受けた場合は、給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。