

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 医科		2 歯科			3 調剤			4 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)														
	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 同じ保険証において、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 同じ保険証において、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。