

乳幼児・児童医療費助成申請書

会津坂下町長

平成 年 月 日

申請者住所 会津坂下町

氏名 印

受給資格証番号	乳幼児児童氏名	生年月日	年 月 日生
---------	---------	------	--------

保険診療証明書

診療年月	平成 年 月	1 入院	2 通院	3 歯科	4 調剤
保険診療の合計点数	点	一部負担金額 ① (保険診療分のみ)		円	
入院時における食事療養費				入院期間	
提供回数	回	定額負担額	円	定額負担月額② (提供回数×定額負担額)	円
合計負担金額 (①+②)				円	

平成 年 月 日

医療機関所在地

名称

氏名

印

高額療養費支給に関する申立書

下記のとおり確認（申立て）します。

診療を受けた月に、同じ保険に加入の方で、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（裏面参照）を超えていますか。

はい 「はい」の方は「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。
 いいえ 「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。

平成 年 月 日

申請者氏名

印

◎この欄は記入しないでください。

本人支払い額	高額療養費支給額	付加給付額	助成決定額