

## 乳幼児・児童医療費助成申請書

会津坂下町長

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

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

年 月 日から  
年 月 日まで

合計負担金額 ( ① + ② )

円

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。

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 |
|--------|----------|-------|-------|
|        |          |       |       |