

子育て医療費サポート事業助成申請書

年 月 日

西会津町長 様

申請者 住所 西会津町
(保護者) 氏名
(電話番号)

受給資格証 記号番号		対象者	氏名	
			生年月日	年 月 日

摘要 1. 入院 2. 入院外

保険診療証明書

年 月診療分

保険診療点数			受領金額		
合計	食事療養費以外	食事療養費分	合計	食事療養費以外	食事療養費分
点	点	回	円	円	円

年 月 日 医療機関 所在地
名称
氏名

高額療養費支給に関する申立書

下記のとおり申し立てします。

年 月 日

申請者氏名

西会津町長 様

療養を受けた者の氏名	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	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	摘要
		円	円	円	
合計					

支給年月日	支給額	受領者		
		住所	氏名	印

高額な一部負担金等には、次のものが該当します。

1. あなた又は、あなたの世帯員が、医療機関の窓口で支払った一部負担金の額が21,000円以上のもの
2. あなたの子供が、育成医療等の給付を受けた際に、保険給付以外の負担額を費用徴収分として病院等に支払ったもの