

子ども医療費助成申請書				
令和 年 月 日				
相 馬 市 長				
申請者 住 所				
ふりがな				
保護者氏名				
電話番号				
印				
受給資格者 記号番号	相馬	—	子どもの氏名	
加入保険 記号番号			生 年 月 日	年 月 日

保 険 診 療 証 明 書				
年 月 診療分		1 入 院	2 通 院	3 療養費
保 険 診 療 点 数		受 領 金 額		
食事療養費以外	食事療養費分	食事療養費分以外	食事療養費分	合 計
点	回	円	円	円
令和 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、申し立てます					
令和 年 月 日					
相 馬 市 長 申立者氏名 印					
(注 この申請書は食事療養費以外の支払額が 21,000 円以上の時に記入、押印してください。食事療養費は、「病院で支払った一部負担金等」に含めないこと。)					
療養を受けた者の氏名	療 養 を 受 け た 病院、診療所等	病院で支払った 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			
合 計			円	円	

支給年月日	高 額 療 養 費 支 給 額		食 事 療 養 費 分 以 外		支 給 額	摘 要
年 月 日	附加給付額		食 事 療 養 費 分			

高額な一部負担金には、次のものが該当いたします。

- 1 あなたが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が 21,000 円以上で費用徴収分として病院に支払ったもの)