

## 子ども医療費助成申請書

令和 元 年 6 月 1 日

相 馬 市 長

申請者 住 所 相馬市中村字北町 63 番地の 3  
ふりがな そうま たろう  
保護者氏名 相馬 太郎 印  
電話番号 37 - 2204

受給資格者 記号番号	相馬	05-980	子どもの氏名	相馬 花子
加入保険 記号番号			生年月日	平成 17 年 10 月 10 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
医療機関等にて記入してもらう。 または、領収書の原本を添付する。				
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 元 年 6 月 1 日					
相馬市長			申立者氏名 相馬 太郎 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
- 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)