

様式第3号

乳幼児及び子ども医療費助成申請書					
年 月 日					
金山町長 様					
住所 金山町大字 字					
(申請者)					
氏 名 印					
受給資格証番号		子ども氏名		入通の別	入院・通院

保 険 診 療 証 明 書				
年 月診療分				
保険診療 合計点数	受 領 金 額			入院日数
	合計	食事療養費以外	食事療養費標準負担額	
点	円	円	円	日
年 月 日				
所在地				
(医療機関) 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します。					
年 月 日					
申立者氏名 印					
金山町長 様					
(注意 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	病院等で支払った一部負担金等	世帯合計額から控除する額	高額療養費支給決定額	摘要
		円	/	/	
		円			
		円			
合 計		円	円	円	

支給年月日	支 給 額	受 領 者		
	円	住 所	氏 名	印

高額な一部負担金には、次のものが該当します。(世帯合算の基となる金額)

- 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30,000円以上のもの
(市町村民税非課税世帯の方は、21,000円以上のもの)
- 2 あなたのお子さんが、育成医療費等の給付を受けた際に、保険給付以外の負担額が30,000円以上で、費用徴収分として病院に支払ったもの。