

第4号様式（第5条関係）

| | | | | | | |
|--------------------|--|---|--|-------------|--|--------------|
| <p>こども医療費助成申請書</p> | | <p>年 月 日</p> | | | | |
| <p>須賀川市長</p> | | <p>申請者 住 所 須賀川市</p> | | | | |
| | | <p>(保護者) 氏 名 ㊟</p> | | | | |
| | | <p>(電話 — —)</p> | | | | |
| <p>受給者番号</p> | | <p>こども氏名</p> | | <p>生年月日</p> | | <p>年 月 日</p> |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|--------------------|----|--|-------------|--------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------|
| <p>保 険 診 療 証 明 欄</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>下記のとおり証明します。</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>コード _____</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>医療機関名</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>所在地</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>名 称</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>代表者 ㊟</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>入院・入院外の別</p> | | <p>入 院 ・ 入 院 外</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>診 療 月</p> | | <p>年 月 分</p> | | <p>診 療 日 数</p> | | <p>日</p> | | | | | | | |
| <p>保険診療合計点数</p> | | <p>点</p> | | <p>公 費 負 担 等</p> | | <p>育 成 ・ 養 育 ・ 更 生 ・ そ の 他</p> | | | | | | | |
| <p>受 領 金 額 (保険診療分のみ額)</p> | | <p>円</p> | | | | <p>円</p> | | | | | | | |
| <p>食 事 提 供 回 数</p> | | <p>回</p> | | <p>入院時食事療養費標準 負担月額(受領額) (提供回数×標準負担額)</p> | | <p>円</p> | | | | | | | |
| <p>食 事 療 養 費 標 準 負 担 額</p> | | <p>円</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>診療科目</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | <p>医科細目</p> | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 9 | 10 | 14 |
| | 医科 | 歯科 | 調剤 | その他 | | 内科 | 小児 | 外科 | 小外 | 皮ふ | 眼科 | 耳鼻 | その他() |

| | | | | | |
|---|----------------------|--------------------------|---------------------|-------------------|---------------|
| <p>高額療養費支給に関する確認書（申立書）</p> | | | | | |
| <p>下記のとおり確認（申立て）します。</p> | | | | | |
| <p>年 月 日</p> | | | | | |
| <p>須賀川市長</p> | | | | | |
| <p>確認者（申請者）名 ㊟</p> | | | | | |
| <p>療養を受けた人氏</p> | <p>療養を受けた病院・診療所等</p> | <p>病院・診療所等で支払った一部負担金</p> | <p>世帯合算額から控除する額</p> | <p>高額療養費支給決定額</p> | <p>付加金決定額</p> |
| | | | | | |
| 合 計 | | | | | |
| 助 成 決 定 額 | | | | | |
| | <p>円</p> | | | | |