

こども医療費助成申請書

令和 3年 4 月 1 日

須賀川市長

申請者 住所 須賀川市八幡町135

(保護者)氏名 須賀川太郎

(電話0248-75-1111)

申請者記入欄

受給者番号	7777777	こども氏名	須賀川花子	生年月日	令和2年 4 月 1 日
-------	---------	-------	-------	------	--------------

高額療養費支給に関する確認

一部負担金額（病院分と薬局分の合計額）が21,000円以上の場合は、次の質問にお答えください。

◎下記診療年月に、受給者又は受給者と同じ健康保険に加入している方で、この申請書のほかに、医療機関で支払った一部負担金額が21,000円以上のものはありますか？

はい ・ いいえ (○でかこむ)

⇒はいの場合、内容確認のために連絡をすることがあります。

医療機関等記入欄

保険診療証明欄

下記のとおり証明します。

コード _____

医療機関名

所在地

名称

代表者

入院・入院外の別	入院	入院外												
診療月	年 月 分													
保険診療合計点数	点													
受領金額 (保険診療分のみ)	円	診療日数	日											
食事提供回数	回	入院時食事療養費標準負担月額 (受領額)	円											
食事療養費標準負担額	円	(提供回数×標準負担額)												
診療科目	1	3	4	8	9	公費負担等 医療	育成 医療	特定 疾患	小児慢 特定疾病	その他				
	医科	歯科	調剤	補装具	柔道 整復					()				
医科細目	1	4	5	6	7	8	9	10	11	17	19	26	27	その他 ()
	内	神内	呼	消	胃	循	小	外	整	小外	皮	眼	耳鼻 咽喉	

《事務処理欄》

療養を受けた人氏名	療養を受けた病院・診療所等	病院・診療所等で支払った一部負担金	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	付加金決定額
合計					
助成決定額 (食事療養費含む)					円