

(様式第3号)

乳幼児医療費助成申請書 (記入例)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

広野町長 様

申請者 住 所 広野町中央台2丁目7番地
氏 名 広野 太郎
(電話番号 0240-)

印

受給者証番号	1234567	乳幼児名	広野 花子	1, 入院	2, 入院外
--------	---------	------	-------	-------	--------

1 乳幼児(児童)医療費申請書欄の朱書きになっているところを記入し、受診する医療機関等に持参してください。

保険診療証明書

年 月 診療分

医療の給付	保険診療合計点数	点	負担金額 ①	円
薬剤一部負担金			負担金額 ②	円
食事の療 養	入院日数	日	入院時食事療養費定額負担日額 (b)	円
	食事提供日数(a)	日		
合計受領金額 ① + ② + ③				円

平成 年 月 日

医療機関 所在地
名 称
氏 名

2 医療機関等窓口へ提出し「保険診療証明書」欄に証明をもらってください。
3 領収書の原本を添付して広野町保健センターに申請してください

高額医療費支給に関する申立書

下記のとおり、申し立てます。

平成 年 月 日

申立者氏名

印

広野町長 様

(注意: 食事療養費は、「病院等で支払った一部負担金等」に含めないこと。)

診療を受けた者の氏名	診療を受けた病院、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	支給額	受 領 者		
		住 所	氏 名	印

医療