

(様式第3号)

児童医療費助成申請書

平成 年 月 日

広野町長 様

申請者 住所
氏名

(電話番号 ー) 印

受給者証番号		児童名		1, 入院 2, 入院外
--------	--	-----	--	--------------

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

印

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