

<h2 style="margin: 0;">こども医療費助成申請書</h2>			
			年 月 日
玉川村長様			
申請者		住所	
氏名 ㊟			
(電話番号 - -)			
受給資格証 記号番号	玉川村	こども	氏名
			生年月日
			年 月 日

<h2 style="margin: 0;">保険診療証明書</h2>															
年 月診療分				1. 入院				2. 入院外							
診療科目		1. 医科 2. 歯科 3. 調剤 4. その他													
保険診療点数										受領金額					
合計 ①+②		食事療養費以外 ①				食事療養費分 ②				合計 ①+②		食事療養費以外 ①		食事療養費分 ②	
点		点				点				円		円		円	
診療細目	1 内	2 小	3 外	4 小 外	5 脳	6 皮	7 泌	8 整	9 眼	10 耳	11 婦	12 精	13 放	14 そ の 他	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 コード </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 医療機関 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 名称 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 氏名 ㊟ </div>															

公的医療制度 (育成医療等)	円
-------------------	---

本人支払い額 ①	附加給付額 ②	高額医療給付額 ③	助成決定額 ①-②-③	摘要
円	円	円	円	

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21,000円以上のもの。
2. あなたのお子さんが、育成医療等の給付を受けた際に、保険給付以外の負担金が21,000円以上で、費用徴収分として病院に支払ったもの。