

こども医療費助成申請書				
年 月 日				
玉川村長様				
申請者 住所				
氏 名 ⑩				
(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

保 険 診 療 証 明 書														
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
年 月 日														
コード														
所在地														
医療機関 名 称														
氏 名 ⑩														

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。