様式第３号（第９条関係）

こども医療費助成申請書

令和　　年　　月　　日

西郷村長　様

申請者（保護者）	住　所　　西郷村	
	氏　名	
	電　話	－　　－

☑　申請の際持参するもの　：　□受給資格証　□領収証(証明無の場合)　□限度額認定証(提示した場合)

こども受給資格証番号		こども	氏　名	
			生年月日	平成 令和　　年　　月　　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。

●お子さまの一部負担金額は自己負担限度額を超えていますか。

はい　・　いいえ（〇でかこむ）

●この申請のほかに、同じ保険に加入の方が21,000円以上の一部負担金を支払っており、その合計額は自己負担限度額を超えていますか。

はい　・　いいえ（〇でかこむ）

⇒はいの場合、付加給付金や高額療養費の給付内容のわかる決定通知書の写しを添付してください。

保険診療証明書欄

区　分	入院　・　入院外　・　調剤　・　その他			
診療月	年　　月分　（診療科　　）			
保険診療合計点数	受領金額　（保険診療分のみ）			診療日数
	合　計	一部負担金	食事療養費標準負担額	
点	円	円	円	日

令和　　年　　月　　日

医療機関コード

医療機関
所在地
名称
代表者　　印

＊事務処理欄

区分	給付	点数	一部負担金	高額療養費	付加給付金	食事療養費	助成額
□入　院 □入院外	□限度額認定 □その他(　　)	点	円	円	円	円	円