様式第３号（第８条関係）

子ども医療費助成申請書

年　　月　　日

喜多方市長

住所　喜多方市

申請者

氏名

（電話番号：　　）

申請理由	受給者証提示忘れ　　窓口無料化の契約外の受診　　学校管理下での怪我等　　その他			
受給資格者証番　　号		子ども	氏　　名	
			生年月日	年　　月　　日

＊お支払した一部負担金の額が 21,000 円以上の場合は、次の質問にお答えください。

１．お子さんと同じ保険証に加入している方で、この診療と同じ月に、21,000 円以上の診療を受けて、その合計額が自己負担限度額を超えていますか。

「は　い」→加入している保険者が発行する「高額療養費支給決定通知書」や「医療費のお知らせ」などを添付して、高額療養費がわかるように申請してください。

「いいえ」→下記の「高額療養費支給に関する申立書」に記入してください。
ただし、家族療養費などの付加給付を給付される場合は「医療費のお知らせ」等を添付してください。

高額療養費支給に関する申立書

本件は高額療養費に該当しないことを申し立てます。

年　　月　　日

申立者氏名

医療機関記入欄

保険診療証明書

年　　月診療分　　（診療科：　　）

保険診療総点数	１入院　２外来　　点	一部負担金領収額①	円

食事の療養	提供回数（A）	回	定額負担額（B）	円	食事療養費標準負担額（A）×（B）②	円

合計受領金額　①＋②	円

年　　月　　日　　所在地

保険医療機関等　名　称

氏　名　　㊞

本人支払額	公費／付加給付額	高額療養費支給額	助成決定額
円	円	円	円