

子ども医療費助成申請書

中島村長

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号

申請者記入欄

子ども医療費 受給資格者番号		受 診 者	氏 名	
			生年月日	

◎一部負担金領収書が21,000円以上の場合には、次の質問にお答えください。

ご加入の健康保険から、付加給付金は支給されますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	付加給付金や高額療養費の、給付内容がわかる通知書を添付してください。
お子さんの一部負担金領収額は、自己負担限度額を超えていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
お子さんが受けた月に、同じ保険証に加入の方が21,000円以上の診療を受けて、お子さんとの合計額が自己負担額を超えていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
「限度額適用認定証」を提示して医療費の支払いをしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	「限度額適用認定証」をご持参ください。

※上記該当の場合、裏面の「高額療養費支給に関する確認書（申立書）」へご記入ください。

保険診療証明書

診療年月	年 月 分			
区 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他 ()			
保険診療合計点数 (保険適用月額)	点	一部負担金領収額① (保険適用月額)	円	

入院時食事療養費

食 事 提供回数	回	定額負担額	円	定額負担月額② (提供回数×負担額)	円
合計受領金額 (①+②)				円	

年 月 日

医療機関記入欄

医療機関コード

所在地

医療機関名

代表者名

電話番号

高額療養費支給に関する申立書

下記のとおり申立てます。

年 月 日

申請者 氏 名
(保護者)

中島村長

療養を受けた者の氏名	療養を受けた病院等	病院等で支払った一部負担金等	高額療養費から控除する額	高額療養費支給決定額
合 計				

記入上の注意事項

- 1 国民健康保険以外の医療保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書等」又は「高額療養費の積算基礎を明らかにした書類」をこの申立書と同時に提示してください。
- 2 「高額療養費支給に関する申立書」欄（以下「申立書欄」という。）は、あなたやあなた以外の家族の者（世帯合算による。）が、次の各号に該当する医療費を支払った場合は、本人の申立てとして記入してください。
 - (1) 一部負担金が21,000円以上35,400円以下（市町村民税が課税されない世帯に属する者）で高額療養費に該当しない場合
 - (2) 一部負担金が21,000円以上 $(80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 0.01)$ 以下（一般の者）で高額療養費に該当しない場合
 - (3) 一部負担金が21,000円以上 $(150,000円 + (医療費 - 500,000円) \times 0.01)$ 以下（上位所得者）で高額療養費に該当しない場合
- 3 申立書欄の記入のため、病院等からの領収書は、家族の分も含め保管してください。
- 4 申立書欄に記入漏れ又は偽りの申立てを行って医療費の給付を受けた場合は、給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。