

様式第3号

乳 幼 児 及 び 子 ど も 医 療 費 助 成 申 請 書				
富 岡 町 長 様		年 月 日		
		住 所 富岡町 保護者 氏 名		印
受給資格証 番 号		受給者名		
		生年月日	年 月 日生	
				1 入 院
				2 通 院

保 険 診 療 証 明 書					
年 月診療分					
保険診療	受 領 金 額				入院日数
合計点数	合 計	保険適用分 自己負担額	保 険 適 用 分 薬 剤 一 部 負 担 金	食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	
点	円	円	円	円	日
年 月 日					
(医療機関)				所在地 名 称 氏 名	印

高 額 療 養 費 支 給 に 関 す る 申 立 書					
下記のとおり、申し立てます。					
年 月 日					
申立者氏名					印
富岡町長 様					
(注意：食事療養費は、「病院等で支払った一部負担金等」に含めないこと。)					
療養を受けた 者の氏名	療養を受けた 病院、診療所 等	病院等で支払 った一部負担 金等	世帯合算額か ら控除する額	高額療養費 支給決定額	摘要
		円			
		円			
合 計		円	円	円	

支給年月日	支給額	受 領 者		
	円	住 所	氏 名	印