

双葉町子ども医療費助成申請書

双葉町長様

年 月 日

住所 双葉町大字
申請者 氏名 ⑩
(受給者) 電話番号

受給者番号		子ども氏名	フリガナ
生年月日	平成 年 月 日	個人番号	

医療機関記入欄(医療費の証明は月単位とします。)

保 険 診 療 証 明 書						
診療年月	年	月診療分	診療種別	入院・外来	負担割合	2割・3割
保険診療合計点数 (医療費総額)		点 (円)		一部負担金(①)		円
食事療養費 標準負担額(②)		円		受領金額合計(①+②) (保険診療分のみ)		円
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関等 住所 名称 氏名 ⑩</p>						

※医療機関等の窓口で支払った一部負担金のうち、高額療養費、附加給付金(受給資格登録申請書の内容に該当の場合)が給付される場合には、保険者からの支給を受け、支給額を確認することが出来る書類等を添付して提出してください。

※柔道整復師等の施術を受けた場合は、医療費総額を記入してください。

〈注意〉

登録している内容(加入保険、預金口座など)に変更があった場合は、必ず届け出てください。
届出がない場合、届出が遅れた場合は、不利益を被る場合がありますのでご注意ください。

【この欄は記入しないでください。】

受領金額合計(①)	高額療養費支給額(②)	附加給付額(③)	支給決定額(①-②-③)
円	円	円	円