

乳幼児及び児童医療費助成申請書

【申請者記入欄】	令和 年 月 日																		
	猪苗代町長 様																		
	住 所 猪苗代町 字																		
	申請者 氏 名																		
	個人番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
	受給資格証の番号(7ケタ)					乳幼児・児童氏名			生 年 月 日										
	猪苗代								平成 令和	年 月 日生									
	健康保険 の こ と		保 険 者 の 番 号																
記 号 ・ 番 号																			

【保険医療機関証明欄】	診療科		科	診療年月	平成 令和	年 月診療	診療区分	1 入院 2 外来 3 調剤							
	区 分			合 計	食事療養費以外		食事療養費								
	保険診療点数	保 険 診 療 分		点	点		食事回数 回								
		公 費 分 点 数 再 掲 (1 精神、2 結核、3 その他)		点	点										
		そ の 他		点	点										
	受領金額	保 険 診 療 分		円	円		円								
		育 成 医 療 等 で の 徴 収 金		円	円		円								
		そ の 他		円	円		円								
	上記のとおり証明します。														
					保 険 医 療 機 関 コ ー ド	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
令和 年 月 日															
				所 在 地 保 険 医 療 機 関 名 称 代表者氏名	印										

【町の欄】	高 額 療 養 費	円
	附 加 給 付 額	円
	助 成 決 定 額	円