【記入例】

第３号様式（第９条関係）

妊 産 婦 医 療 費 助 成 申 請 書

□□年 △△ 月 ○○ 日

棚 倉 町 長

住　　所　棚倉町大字**棚倉 字 中居野 33**

申請者　氏　　名　**棚倉　さくら**

電話番号　○○○－△△△△-□□□□

受給者氏名	**棚 倉　さくら**	受給者番号	
		生 年 月 日	**平成 5** 年 **5**月 **5**日
棚倉町ひとり親家庭医療費受給資格の有無		□ 有（受給者番号：　　）	☑ 無
区　　分		□ 入　院　☑ 入院外　□ 調　剤　□ その他	

保 険 診 療 証 明 書

年　　月診療分

保 険 診 療 点 数 合 計		受　　領	
点　　数	診 療 合 計	一 部 負 担 金 額	食事療養費
点	円	円	

年　　月　　日

医療機関　所在地
名　　称
氏　　名　　印
電話番号

証明は、診療月ごとにもらってください。**領収書の添付があれば、医療機関の証明は不要**です。

高額療養費支給に関する申立書

棚倉町長
下記のとおり、申し立てます。

年　　月　　日

申立者氏名

（一部負担金額が21,000円以上の場合、世帯分を記載する。）

診療を受けた者の氏名	療養を受けた医療機関等	医療機関等支払一部負担金	世帯合算額控除額	高額療養費支給決定額	摘　　要
合　　計					

高額療養費に該当する場合に記入。
◎**高額療養費・付加給付がある場合は、必ず保険者からの通知（写）を添付してください。**

※事務局記入欄

一部負担金等	高額療養費	付 加 給 付 費	助　　成　　額