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

申請者　氏　　名

電話番号

受給者氏名		受 給 者 番 号	
		生　年　月　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　　金　　額		
点　　数	診 療 合 計	一 部 負 担 金 額	食事療養費定額負担額	合　　計
点	円	円	円	円

年　　月　　日

医療機関　所 在 地
名　　称
氏　　名　　印
電話番号

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					

※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