

乳幼児等医療費助成申請書

下記の医療機関の証明(やむをえず証明を取得できない場合は保険医療機関が発行する領収書)のとおり一部負担額を支払いましたので一部負担額に係る医療費を助成されたく申請します。

(受給資格者等記入欄)

受給資格者	受給者番号	
	住所	多度津町(大字)
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	電話	

多度津町長 殿

年 月 日

申請者氏名



(医療機関等記入欄)

医療報酬による一部負担額		
( 年 月分) 保険の種類(日・政・組・船・共・国)(一般・退職)		
区 分	入 院	入 院 外
診療報酬点数	点	点
区 分	他法負担点数	点
	一部負担額(本人負担額) A	円
分	本月の入院日数	日

証明年月日 年 月 日

医療機関コード	医療機関等の所在地、名称及び開設者氏名

注 A欄については、保険診療分のうち、実際に領収した金額を記入してください。



本人負担額 A	高額医療保険負担額 B	附加給付額 C	支給決定額 D D=A-(B+C)