

様式第4号(第5条関係)

(表)

子	ど	も
ひとり親家庭等		
重度障がい者(児)		

医療費助成申請書(請求書)

年 月 日

南越前町長 様

申請者 住所 南越前町 第 号 番地  
氏名  
電話番号

下記のとおり領収書を添えて金額 \_\_\_\_\_ 円を申請(請求)します。  
なお、この申請(請求)に当たり必要な事項の調査について同意します。

受給者証番号											
対象者氏名						個人番号 (※)					
振込先	登録口座振込み (登録口座を変更される場合は、町窓口で手続きをしてください。)										

子	ど	も									
ひとり親家庭等			医療機関等証明欄(領収書)								
重度障がい者(児)											
診療区分	医・歯	入院・入院外	診療月	年 月分							
保険診療点数	点		本人負担金	円							
食事療養標準負担額等 1日につき	円	日間	円								
年 月 日											
様											
住所 医療機関 名称 氏名											
印											

- (注) 1 申請が診療月から2年を経過すると無効になります。  
2 容器代や交通費などの保険診療外の負担は、支給されません。  
3 ※個人番号の提供を行わない場合は記入しないでください。  
4 申請(請求)額が、21,000円以上の場合は裏面も記入してください。

(裏)

高額療養費に係る一部負担金の支払に関する申告書

月における申請者と同一保険内の者に係る一部負担金の支払について、  
下記のとおり申告します。

年 月 日

申請者 住所 南越前町 第 号 番地  
氏名  
電話番号

記

1 月において申請者と同一保険内で 21,000円以上の一部負担金を支払ったこと の有無				有 ・ 無	
2 被保険者氏名	個人番号			支払った一部負担金額	高額療養費
(受給者)					
3 同一保険内で過去12箇月に高額療 養費を受けた回数				回	