

高森町子ども医療費助成申請書

高森町長 様

令和 年 月 日

住 所 高森町大字

保護者氏名
(子どもの保険証の
名義の方) (印)

電話番号 (父) (母)

勤 務 先

職 業 会社員・公務員・自営業・その他

高森町子ども医療費の助成を受けたいので領収書を添えて申請します。

受給者証番号		診療年月	令和 年 月分
子ども氏名		生年月日	平成 令和 年 月 日

医療費総額							円
保険者負担額							円
一部負担額							円
高額療養費							円
付加給付金							円
助成相当額							円
保険外相当額							円

検算印

入力確認

助成決定額							円
-------	--	--	--	--	--	--	---