1. 乳幼児
2. 妊産婦

川上村　3. 障がい者　福祉医療費支給申請書

4. 母子家庭の母子
5. 父子家庭の父子

年　月　日

川上村長　様

申請者　住所　川上村大字

氏名

（受給資格者）

氏名

事業番号		年　月　日生　歳			
受給者番号			世帯主		
加入している医療保険	名　称			一部負担金の割合	割
	保険者番号				

医療機関記入欄	年　月分診療報酬証明書				
	療養区別　1. 入　院　2. 入院外	期間	自　月　日 至　月　日 日間	総点数　点 保険内患者負担額　円	
	※レセプト１枚毎の証明をお願いします 年　月　日 医療機関名				
※支給欄	（高額療養費限度額　円）			※薬局の場合、処方医療機関名を記載してください。 （　）	
			附加給付額	円	
	川上村保健福祉課　TEL0267-97-3600		支給決定額	円	