

# 【医療機関等 ご担当者様】

〔ひとり親家庭等医療費助成金交付申請書の記入について〕

・  で囲んでいる箇所の記入をお願いいたします。

〔整骨院・接骨院・鍼灸院等の場合〕

・ 「総点数」欄は、円表示でご記入ください。

・ 「一部自己負担金に係る通院内訳」欄には、診療を行った各日の保険診療一部負担金額（3割負担分）をご記入ください。

様式第5号（第7条関係）

（注）1. 各月ごとに記入してください。

2. 申請期限は受診の翌月から1年以内です。

持参するもの…医療証・保険証・領収書の原本

受付印

【受給者記入欄】

<b>ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書</b>	
大分市長 殿	令和3年6月18日
受給者 住所 大分市 <small>(保護者)</small>	
氏名 <b>大分 花子</b> (外 枚)	
☎ 097-537-5796	<small>登録した指定口座に振込み願います。</small>
対象者	加入医療保険
医療証番号 <b>3-1234567</b>	保険者番号 <b>00440016</b>
対象者氏名 <b>大分 花子</b>	保険者(健康保険) <b>大分市</b>
対象者生年月日 <b>平成2年3月3日生</b>	被保険者氏名 <b>大分 花子</b>

【医療機関等記入欄】 ※  欄は記入しないでください。

高額区分

医療形態

<b>保険診療額(領収)証明</b>															
対象者氏名(患者) <b>大分 花子</b>	医療機関コード <b>0123456</b>														
対象者生年月日 <b>平成2年3月3日生</b>	診療料														
診療月 <b>令和5年03月05日</b>	入院日数														
入院	入院外														
歯科	調剤														
保険診療総点数	点 <b>8000</b> 点														
保険診療自己負担額	円 <b>2400</b> 円														
助成金額	円 一部自己負担金														
特記療養	2補装具 3その他の療養費 4訪問看護療養費 5特定疾病 ○をしてください。 9未熟児医療 10高額委任払 11自立支援医療														
データ区分 <input type="text"/>	医療区分 <input type="text"/>														
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">保険診療の内訳</th> </tr> <tr> <th colspan="2">保険診療点数 <small>(柔道整復施療療費等は一部負担金を記載)</small></th> </tr> <tr> <td>1日目</td> <td>480 点(円)</td> </tr> <tr> <td>2日目</td> <td>480 点(円)</td> </tr> <tr> <td>3日目</td> <td>480 点(円)</td> </tr> <tr> <td>4日目</td> <td>480 点(円)</td> </tr> <tr> <td>5日目以降 合計</td> <td>480 点(円)</td> </tr> </table>	保険診療の内訳		保険診療点数 <small>(柔道整復施療療費等は一部負担金を記載)</small>		1日目	480 点(円)	2日目	480 点(円)	3日目	480 点(円)	4日目	480 点(円)	5日目以降 合計	480 点(円)	<p>※2日以上の通院の場合は必ずご記入ください。</p> <p>令和3年5月31日 医療機関等所在地 <b>大分市大手町3丁目1番1号</b> 名称 <b>大分子育て院</b> 氏名 <b>院長 豊後 太郎</b></p>
保険診療の内訳															
保険診療点数 <small>(柔道整復施療療費等は一部負担金を記載)</small>															
1日目	480 点(円)														
2日目	480 点(円)														
3日目	480 点(円)														
4日目	480 点(円)														
5日目以降 合計	480 点(円)														
【大分市記入欄】	高額限度額														
高額回数 <input type="text"/>	円 <input type="text"/>														
附加給付金	円 <input type="text"/>														

※総点数欄は、柔整・訪問看護については、円表示で証明してください。

※注) 「一部自己負担金に係る通院内訳」欄の記入がない場合は、電話にて確認をさせていただくことがありますので、ご了承ください。

ただし、証明する月の受診日数が「1日」の場合は、記入していただく必要はありません。