

《注》 ●申請書は診療月ごとに作成してください。

●申請期間は診療を受けた月の翌月から起算して1年以内です。

持参するもの…領収書の原本、受給資格者証、お子さんの健康保険証  
窓口に来る方の本人確認ができるもの

受付印

〔申請者記入欄〕 ※太枠の中をご記入ください。

# 大分市子ども医療費助成金交付申請書

大分市長 殿

年 月 日

申請者 住 所 大分市

氏 名

☎

（ 外 枚 ）

登録した指定口座に振込み願います。

子 ど も	受給者番号											加入 医療 保険	保険者番号								
	氏 名												保険者(健康保険)名								
	生年月日	平成 令和	年	月	日								被保険者氏名								

〔医療機関等記入欄〕

高額区分

医療形態

※ 欄は記入しないでください。

## 保険診療額（領収）証明

対象者氏名(患者)											医療機関コード												
診 療 月	令和	5	年		月分	入院日数		日	通院日数		日												
		入 院		入 院 外		歯 科		調 剤															
保険診療総点数				点				点				点											
保険診療自己負担額				円				円				円											
助 成 金 額				円	一部自己負担金	500円/日			円	一部自己負担金に係る	入院及び通院日数												
特 記 療 養																					データ区分		
○をしてください。	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											療養区分								
	9 未熟児医療	10 高額委任払	11 自立支援医療																				
一部自己負担金に係る 通院内訳														年 月 日									
保険点数												※ 2 日以上の			保険医療機関等所在地								
1 日目				点	通院の場合は			名 称															
2 日目				点	必ずご記入			氏 名															
3 日目				点	ください。																		
4 日目				点																			
5 日目以降				点																			

〔大分市記入欄〕

高額回数

高額限度額

円

付加給付金

円