



(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

【受給者記入欄】

ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書

大分市長 殿

年 月 日

受給者 住所 大分市
(保護者)

氏名

(外 枚)

☎


登録した指定口座に
振込み願います。


| | | | | | | | |
|---------|---|---|----|-------------|--|--|--|
| 対 象 者 | | | | 加 入 医 療 保 険 | | | |
| 医療証番号 | - | | | 保険者番号 | | | |
| 対象者氏名 | | | | 保険者(健康保険) | | | |
| 対象者生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 被保険者氏名 | | | |



【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 

保険診療額(領収)証明

| | | | | | | | | | | |
|-----------|----|---|----|-----|---------|---|------|---|---|---|
| 対象者氏名(患者) | | | | | 医療機関コード | | | | | |
| 対象者生年月日 | 年 | 月 | 日生 | 診療料 | | | | | | |
| 診療月 | 令和 | 5 | 年 | 月分 | 入院日数 | 日 | 外来日数 | 日 | | |
| | 入 | 院 | 入 | 院 | 外 | 歯 | 科 | 調 | 剤 | |
| 保険診療総点数 | 点 | | | 点 | | | 点 | | | 点 |
| 保険診療自己負担額 | 円 | | | 円 | | | 円 | | | 円 |

| | | | | | |
|------|---|---------|---|-------------------------|---|
| 助成金額 | 円 | 一部自己負担金 | 円 | 一部自己負担金に係る 入院または通院日数 | 日 |
|------|---|---------|---|-------------------------|---|

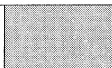
| | | | | | |
|-------------------|---------|-----------|-----------|--------|---|
| 特記療養 ○をしてください。 | 2 補装具 | 3 その他の療養費 | 4 訪問看護療養費 | 5 特定疾病 | データ区分  |
| | 9 未熟児医療 | 10 高額委任払 | 11 自立支援医療 | | 医療区分  |

| | | | |
|----------|------|----------------------|-------|
| 保険診療の内訳 | | 医療機関等所在地 名称 氏名 | 年 月 日 |
| 1日目 | 点(円) | | |
| 2日目 | 点(円) | | |
| 3日目 | 点(円) | | |
| 4日目 | 点(円) | | |
| 5日目以降 合計 | 点(円) | | |

※2日以上の
通院の場合は
必ずご記入
ください。

※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。

【大分市記入欄】

| | |
|------|---|
| 高額回数 |  |
|------|---|

| | |
|-------|---|
| 高額限度額 | 円 |
|-------|---|

| | |
|-------|---|
| 附加給付金 | 円 |
|-------|---|