

(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



[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)
電話 _____

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	保険者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
対象者氏名	<input type="text"/>			保険者(健康保険)	<input type="text"/>		
対象者生年月日	年	月	日生	被保険者氏名	<input type="text"/>		

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

[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	<input type="text"/>		
診療月	令和 5 年 月 日	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	点
保険診療自己負担額	円	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 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"/> 療養区分 <input type="text"/>
保険診療の内訳		年 月 日			
保険診療点数 <small>(柔道整復施術療養費等は一部負担金を記載)</small>		※2日以上の通院の場合は必ずご記入ください。 医療機関等所在地 名 称 氏 名			
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	点(円)				

※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]	高額限度額	附加給付金
高額回数 <input type="text"/>	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円