

【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. 申請書は診療月ごとに作成してください。

2. 申請期限は受診の翌月から起算して1年以内です。

持参するもの…医療証・加入健康保険の資格情報が確認できるもの・領収書の原本

受付印

〔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 (保護者) 住 所 大分市

氏 名 大分 花子 (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	3	-	1	2	3	4	5	6	7	保険者番号	0	0	4	4	0	0	1	6
氏 名	大分 花子							保険者(健康保険)名		大分市								
生 年 月 日	平成 令和	2	年	3	月	3	日	生	被 保 険 者 氏 名	大分 花子								

〔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)	大分 花子				医療機関コード	0123456								
対象者生年月日	平成2年3月3日生				診療科									
診療月	令和	5	0	3	年	0	5	月分	入院日数	日	通院日数	0	5	日
	入 院				入 院 外				歯 科		調 剤			
保険診療総点数	点				8000				点		点		点	
保険診療自己負担額	円				2400				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及び通院日数		日	
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				データ区分									
○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				療養区分									

保 険 診 療 の 内 訳

保 険 診 療 点 数 (柔道整復施術療養費は一部負担金を記載)	
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)

※2日以上
の通院の場合は
内訳を必ずご
記入ください。

令和6年11月30日

医療機関等所在地 大分市大手町3丁目1番1号

名 称 大分子育て整骨院

氏 名 院長 豊後 太郎

〔大分市記入欄〕

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

※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。