様式第４号

《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、子どもの健康保険の資格情報が確認できるもの
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　　校)

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	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 ５００円／日	円	一部自己負担金に係る入院及び通院日数	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 ［　］ 療養区分 ［　］

保険診療自己負担額に係る　通院内訳	
１日目	円
２日目	円
３日目	円
４日目	円
５日目以降	円

※２日以上の通院の場合は必ずご記入ください。

年　　月　　日

(保険医療機関等)

所在地

名 称

ＴＥＬ

〔大分市記入欄〕

高額回数 ［　］	高額限度額 円	付加給付金 円