

様式第5号 (第5条関係)

※申請期限は受診日の翌月から1年間です。各月、医療機関ごとに作成してください。
(例) 4月受診分は、翌月5月から翌年の4月末日まで申請できます。

受給資格者番号

子ども医療費助成金交付申請書

豊後大野市長 様

平成 年 月 日

申請者 住 所 豊後大野市
(保護者) 氏 名
電話番号



受 付

次のとおり子ども医療費助成金の交付を申請します。

[受給者記入欄]

(子どもの保険証を見ながらご記入ください)

子ども 氏 名 (平成 年 月 日生まれ) 受給資格者番号 加入医療保険 保険名 協会・組・船・共・国 保険者名称 保険者番号 被保険者名

[医療機関等記入欄]

保険診療額領収証明書 子ども氏名 生年月日 平成 年 月 日 診療 月 年 月分 入院日数 外来日数 入院 入院外 歯科 調剤 保険診療総点数 点 点 点 点 保険診療一部負担金 円 円 円 円 子ども一部自己負担金 日 円 回 円 回 円 入院時食事療養費標準負担額 円 食事療養に係る回数 回 単価 円 区分 1 未熟児医療 2 育成医療 3 補装具 4 その他 平成 年 月 日 医療機関等所在地 名称 代表者氏名 電話番号

[豊後大野市記入欄]

(1 入院 2 外来 3 歯科 4 調剤 5 その他)

Table with 8 columns: 区分, 一部負担金, 一部自己負担金, 小計, 高額療養費・付加給付, 合計, 交付決定額. Includes rows for general and meal-related charges.