

(注)・持参するもの・・・領収書・保険証

・申請書は、医療機関・診療月ごとに作成してください。

・申請期限は、診療を受けた翌月より1年以内です。

(例：令和5年4月1日に受診した場合、令和6年4月30日まで申請可能)

・必ずひと月分まとめて請求してください。

こども医療費助成金交付申請(請求)書

中津市長あて

年 月 日

申請者(口座登録名) 住所 中津市

フリガナ

氏 名

☎

—

—

対 象 こ ど も

加 入 医 療 保 険

フリガナ

氏 名

生 年 月 日

年 月 日生

被保険者氏名

記 号 ・ 番 号

健 康 保 険 名

保 険 者 番 号

《医療機関等記入欄》

保 険 診 療 額 (領 収) 証 明

こども氏名

医療機関コード

診 療 月

年 月 分

日 ~ 日 (回)

医 科

歯 科

調 剤

入院

入院外

入院

入院外

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

特 記

1. 育成医療

2. 補装費

3. その他()

回数算定表

A

B(A×3)

C

B-C

日数

点数

保険診療
自己負担額

自己負担額
1日 500 円

助成額

1 日目

2 日目

3 日目

4 日目

5 日目以降

合計

(医療機関等)

年 月 日

所在地

名 称

氏 名

印

助成内訳

保険診療の
合計金額

控除額の内訳

法定負担額

他方負担額

高額療養費

自己負担額

交付法定額