

(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、診療を受けた翌日より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。

子ども医療費助成金交付申請(請求)書

年 月 日

中津市長あて

申請者(口座登録名) 住所 中津市

フリガナ

氏名

☎ - -

Table with columns: 対象子ども, 加入医療保険, フリガナ, 氏名, 生年月日, 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

Table with columns: 子ども氏名, 診療月, 医療機関コード, 年 月分, 日 ~ 日 (回), 医 科, 歯 科, 調 剤, 入院, 入院外, 保険診療総点数, 保険診療自己負担額

特 記 1. 育成医療 2. 補装費 3. その他()

Table with columns: 回数算定表, A, B(A×3), C, B-C, (医療機関等), 年 月 日, 所在地, 名称, 氏名

Table with columns: 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

※記入まちがいの場合は、訂正印を押印してください。