

(注)・持参するもの・・・領収書・保険証・印鑑(スタンプ印不可)

- ・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。
- ・必ずひと月分まとめて請求してください。

《申請者記入欄》

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 印
 ☎ - -

対象子ども		加入医療保険					
フリガナ 氏名		被保険者氏名					
		記号・番号					
		健康保険名					
生年月日	年 月 日生	保険者番号					

《医療機関等記入欄》

保険診療額(領収)証明

子ども氏名			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	(医療機関等) 年 月 日 所在地..... 名称..... 氏名..... 印
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					

助成内訳	保険診療の 合計金額	控除額の内訳				交付法定額
		法定負担額	他法負担額	高額療養費	自己負担額	

※記入まちがいの場合は、訂正印を押印してください。