

## 子ども医療費助成金交付申請書

（あて先）

年 月 日

臼杵市長

医療費の給付を受けたく申請（請求）します。

申請者記入欄	申請者氏名 (保護者)		㊟ (子どもとの続柄)		
	住 所		臼杵市	TEL	— —
	受診者	子ども医療費 受給者資格者番号		被保険者氏名	
		氏 名		加入保険	保険証記号番号
		生年月日	年 月 日	保険種別	協会・組合・共済・船員 国保（市・医師・歯・建）
	口座 振 込 先	金融機関名		銀行 金庫 組合 農協	支店 支所 出張所
		預金種別	普通 ・ 当座		
口座番号			フリガナ		
			口座名義人		

### 診療（調剤）報酬証明 ※再交付の場合は朱書きで「再交付」とご記入ください。

医療機関等記入欄	診療月	年 月 分		患者氏名		
	区分	日数	診療報酬額		保険内自己負担額	
	入院		日	円・点	円	
	外来		日	円・点	円	
	歯科		日	円・点	円	
	調剤		日	円・点	円	
	保険診療の内訳 (柔道整復施術療養費は一部負担金を記載)				上記のとおり一部負担金を受領しました。	
		日付	診療報酬額	保険内自己負担額	年 月 日	
	1日目	/	円・点	円	所在地 名 称 氏 名 印	
	2日目	/	円・点	円		
3日目	/	円・点	円			
4日目	/	円・点	円			
5日目以降	~/	円・点	円			
特記療養 ※該当があれば○をしてください			特定疾病 ・ 自立支援医療 ・ その他の療養費			

※1年を経過した医療費は申請できません。

※公立幼・小・中学校の『日本スポーツ振興センター災害共済給付金』との重複申請はできません。

臼杵市記入欄	保険診療自己負担額	一部自己負担額	附加給付金等	交付決定額
	円	円	円	円