

# 子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

別府市長 あて

子ども医療費助成金の交付を申請します。  
助成金は、下記口座に振り込み願います。

受給資格者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

成 対 象 者 （ 保 護 者	住所	別府市							
	氏名	⑩							
	電話番号	—	—	子ども との続柄	父・母 その他( )				
振 込 口 座	金融機関名	銀行・金庫・ 組合・農協			預金種別	普通・当座			
	支店名	本店・支店・ 出張所			口座番号				
	口座名義人 (カタカナ)								
子 ど も	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	平成・令和 年 月 日							

保 険 診 療 額 領 収 証 明 （ 保 険 医 療 機 関 等 記 載 欄 ）	診療月	令和 年 月分( 日間)	区分	入院・入院外・調剤	
	保険診療総点数		点	他法公費負担点数	点
	保険診療一部負担金		円	指定訪問看護 基本利用料	円
	4日目までの内訳			上記のとおり一部負担金を受領しました。	
		保険診療総額	一部負担金	年 月 日	
	1日目	円	円	保険医療機関等	
	2日目	円	円	所在地	
	3日目	円	円	名称	
4日目	円	円	代表者氏名 印		
			電話番号		
			医療機関番号		

備考 保険医療機関等が発行する保険診療証明書又は領収書の添付があるときは、保険診療額領収証明の記入は必要ありません。

※市使用欄

受診者	生年月日	区分			
診療年月	入外	一部負担金	総医療点数	高額療養費	附加給付金
一部自己負担金	3歳未満	3歳以上	小中学生	交付決定額	
医療機関コード					