様式第５号

子ども医療費助成申請書（乳幼児用）

令和　　年　　月　　日

宮 崎 市 長　殿

次のとおり、令和　　年　　月分の医療費の助成を申請します。

申請者	氏名		子ども	受給者番号	
				フリガナ	
				氏　　名	
	電話番号			生年月日	平成 令和　　年　　月　　日

振込先口座	銀行・金庫・組合 農協・漁協	口座番号	普通	
	本店・支店・出張所	口座名義人 （カタカナ）		

窓口受付欄：☐ 登録済口座　☐ 児童手当口座　☐ 兄弟姉妹口座　☐ WEB（ネット）通帳

※以下は記入不要

医療機関等記入欄	右記の一部負担金を受領いたしました。 令和　　年　　月　　日 医療機関等 住所 名称 氏名	医療機関コード	
		診療年月	令和　　年　　月
		区分	① 入院　② 入院外　③ 歯科
		診療実日数	日
		診療総点数	点
		一部負担金	円
		保険者番号	
		第三者行為のときは、右欄に３と記入してください。	
		備　　考	

注意事項

1　一部負担金の欄には、入院時食事療養費及び選定療養費に係る標準負担額を除いた額を記入してください。

2　備考欄には、病院等にあっては診療科目を、調剤薬局にあっては処方箋を発行した病院等の名称を記入してください。

添付書類：☐ 口座の写し（口座の新規登録や変更をする場合のみ。記入項目が全て確認できる部分を添付）

【県外受診等】☐ 領収書　　【10 割負担】☐ 領収書写し　☐ 支給決定通知

【補装具等】☐ 作成指示書や医証の写し　☐ 領収書写し　☐ 支給決定通知

【高額（21,000 円以上）】☐ 高額チェックシート　☐ 同意書（チェックシートで C に該当した人のみ）