

記載要領 (施術所様向け)

子ども医療費助成申請書 (小中学生用)

申請ができる期間は、受療月の翌月から1年以内です

令和 年 月 日

太枠内は保護者様にご記入ください

次のとおり、令和 年 月分の医療費助成を申請します。

申請者	氏名	子ども		受給者番号											
	電話番号			フリガナ											
				氏名											
				生年月日	平成										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)											

この枠内は、施術所様にご記入ください

左2マスは記入しないでください

医療機関番号を記入してください

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。		医療機関コード	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○
	令和 年 月 日	診療年月	令和 ○ 年 ○ 月										
	医療機関等	区分	① 入院 ② 入院外 ③ 歯科										
	住所	診療実日数	同月内の診療日数 日										
		診療総点数	同月内の総医療費 点										
		一部負担金	保険診療内の一部負担金 (乳幼児:2割、小学生以上:3割) 円										
	名称	保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○										
	氏名	第三者行為のときは、右欄に3と記入してください。											
		「はり」「きゅう」など施術の内容をご記入ください											
		第三者行為の場合は子ども医療に請求できません											

月ごとにまとめて申請

施術所様の印を押印してください



注意事項 1 一部... 2 備考... 助成申請書は、原則、保護者様が宮崎市に提出をしてください。提出書類は、「助成申請書」「通帳のコピー」「医師の同意書のコピー」です。施術書様におかれましては、保護者様が同意書のコピーをとっていらっしゃるかどうかご確認くださいませようお願いいたします。

添付書類: 【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)