

年 月 日

高校生等医療費助成金交付申請書

由布市長

殿

申請者 住所
(保護者)

氏 名 ⑤

電 話 — —

高校生等医療費助成金の支給を受けたいので、由布市高校生等医療費の助成に関する条例施行規則第6条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請に関し、医療機関及び保険者に対し必要な情報を市が調査することについて同意します。

こども (高校生等)	受給者番号		被 保 険 者 証	種別	1.国保 2.国保組合 3.健保組合 4.協会 5.共済 6.その他			
	フリガナ			記号		番号		
	氏 名			保険者名称				
	生年月日	年 月 日		被保険者名				

☆記入押印に代えて署名することができます。

※下記は医療機関等が記入してください。

診療（調剤）報酬証明							
患者氏名			生年月日		年 月 日		
(診療月)	保険診療 総点数	入院	点	保険診療による 一部負担金	入院	円	
年 月分		外来	点		外来	円	
診療日 数		調剤	点		調剤	円	
診 療 科 目	医科・歯科・調剤・柔道整復・補装具等			医 療 機 関 コ ー ド			
<p>年 月 日</p> <p>保険医療機関等の所在地</p> <p>名 称</p> <p>開設者氏名</p> <p>印</p>							

※下記は市役所記入欄です。

給 付 決 定 額		
一 部 負 担 金 ①	付 加 給 付 額 ②	助 成 決 定 額 (① - ②)
円	円	円