

※この医療費助成申請書は、多賀城市国民健康保険に御加入の方は提出不要です。

母子・父子家庭医療費助成申請書

< 受診診療科 >

区分	整理番号
1	2
5	

令和 年 月 日

申請者	多賀城市長 殿		住所 多賀城市		
	受給者氏名		電話		
記入欄	4. 平成	6	8	年 月 分の医療費の助成を下記のとおり申請します。	
	5. 令和				

母子父子家庭医療費受給者番号

対象者	氏名		記入例		18	19	20	21
	生年月日		27年04月01日	3. 昭和 5. 令和		年	月	日
	加入医療保険		25	保険者番号				

医療機関で記入してください。

33 外来入院等の区分 1. 外来 2. 入院 34 入院日数(記入例 07日) (日) 3. 訪問看護 4. 薬剤 5. 柔整

診療点数等及び医療機関名等	療養の給付等	36 診療点数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	公費負担等について 無 有 <input type="text"/> <input type="text"/> ← ※上記、無・有のどちらかを○で囲んでください ※公費負担有の方は、公費番号を記入してください。 例:更正医療→「15」 ※特定疾病(マル長)該当の方は「99」と記入してください。 90 自己負担額 <input type="text"/> 円 ※上記公費負担等に該当した場合は、自己負担額を記入してください。
	訪問看護	62 回数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回	
	療養分	64 総費用	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	円	
	(保険対象分のみ)	70 基本利用料	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	円	

95 機関のコード番号(10桁) 医療機関所在地 氏名・名称 (印)

①窓口自己負担額を記入してください。 円

②限度額認定証等の区分について、以下から該当する項目に○を付してください。

70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	限度額認定証提示なし
70歳以上	自己負担3割(現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ)、自己負担1、2割(一般・低Ⅰ・低Ⅱ)	

●以下については、該当する場合に記入してください。

①薬剤に関する申請の場合は、処方箋交付医療機関名称を記入してください。

②公費診療と公費外診療がある場合は、上記診療点数の内訳を記入してください。

公費該当診療点数	<input type="text"/>	点	公費該当以外の診療点数	<input type="text"/>	点
----------	----------------------	---	-------------	----------------------	---