

子ども医療費助成申請書

< 受診診療科 >

区分	整理番号
1	2
1	

令和 年 月 日

申請者記入欄	多賀城市長 殿		住所 多賀城市		受給者氏名		電話		4. 平成 5. 令和		年 月 日		子ども医療費受給者番号		10		X		
	氏名		生年月日		加入医療保険		記入例 27年04月01日		18. 平成 19. 令和		年 月 日		25 保険者番号						
	氏名		生年月日		加入医療保険		記入例 27年04月01日		18. 平成 19. 令和		年 月 日		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)			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		点		[注1] 外来入院等の区分で「5.柔整」に○で囲んだ場合(接骨、はり、きゅう、マッサージ)は、上記欄の「点」を「円」に読み替えます。「保険診療の費用額」を記入してください。		公費負担等について		88		無 有		90		自己負担額 円		
	訪問看護		62 回数		回				※上記、無・有のどちらかを○で囲んでください										
	療養分		64 総費用		円				※公費負担有の方は、公費番号を記入してください。										
	(保険対象分のみ)		70 基本利用料		円				例:更正医療→「15」										
95 機関のコード番号(10桁)				医療機関所在		氏名・名称													
●以下については、該当する場合に記入してください。																			
①上記の診療点数が、月の初日から末日までの合計ではない場合に、該当受診日と点数を記入してください。																			
月 日 (点)			月 日 (点)			月 日 (点)													
②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。																			
③高額限度額までの自己負担を徴収した場合に記入してください。																			
ア・イ・ウ・エ・オ・限度額認定証確認無し										窓口負担額		円							
④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				点				公費該当以外の診療点数				点							

医療費助成受給資格

(認定 ・ 喪失)

令和 年 月 日

R010501