

※この医療費助成申請書は、多賀城市国民健康保険・後期高齢者医療制度に御加入の方は提出不要です。

心身障害者医療費助成申請書

<受診診療科

>

区分	整理番号
1	2
3	

申請者	多賀城市長 殿		住所 多賀城市		令和 年 月 日	
	受給者氏名		電話		月分の医療費の助成を下記のとおり申請します。	
記入欄	心身障害者医療費受給者番号		10	3	X	
	氏名					
対象者	生年月日	記入例 04年04月01日	18 2.大正 4.平成 3.昭和 5.令和	19	年	20
	加入医療保険	25	保険者番号			
	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)	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
	訪問看護療養分	62 回数				回
	(保険対象分のみ)	64 総費用				円
	70 基本利用料					円
95 県番+点数表番号+機関のコード番号(10桁)		医療機関所在地				
		氏名・名称				
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○を付してください。		限度額認定証有効期間				
70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ・提示無			※オンラインで確認の場合はチェック□		
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)・提示無					
●以下については、該当する場合には必ず記入してください。						
①薬剤に関する申請の場合は、処方箋交付医療機関名称と調剤点数をそれぞれ記入してください。						
		(点)		(点)		
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		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