

※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	

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 印											
	電話											
記入欄	4. 平成	6	年	8	月	分の医療費の助成を下記のとおり申請します。						
	5. 令和					心身障害者医療費受給者番号 ¹⁰ 3						
対象者	氏名											
	生年	月	日	記入例	18	19	年	20	21	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)				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		⁶² 回数								回	
	療養分		⁶⁴ 総費用								円	
	(保険対象分のみ)		⁷⁰ 基本利用料								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○を付けてください。												
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				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