

※ 母子・父子家庭医療費助成申請書の記載方法

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

受給者

令和 年 月 分の医療費の助成を下記のとおり申請します。

母子父子家庭医療費受給者番号 10

氏名								
生年月日	記入例 1年01月01日	18 3. 昭和4. 平成 5. 令和	19	年	20	月	21	日
加入医療保険	25	保	険	者	番	号		

受給者の欄は、医療費受給者証の受給者欄の方の住所、氏名、電話番号を記入してください。

対象者の「医療保険被保険者証」の「保険者番号・名称」欄に記載してある番号を、左詰めで記入してください。

母子・父子家庭医療費受給者証

受給者番号

受給者	住所	
	氏名	
対象者	氏名	
	生年月日	
有効期間		
市長名及び印	宮城県多賀城市長 印	
交付年月日		

医療費助成申請書をご記入いただく場合は、「受給者番号」等記入の内容が、受給者証と相違がないかをお確かめの上、ご記入ください。また、診療月ごと、医療機関（総合病院においては診療科、薬局においては処方箋※）ごとに入院・通院分にかけて提出してください。
 ※処方箋は発行医療機関ごとです。

※ 申請書は、市役所、大代地区公民館、山王地区公民館に置かれているほか、市のホームページからもダウンロードいただけます。



心身障害者医療費助成制度の登録申請、受給者証の利用方法等ご不明な点がございましたら、お気軽にお尋ねください。