

※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 | |

| | | | | | |
|-----|---------|--------------------------------|------|--------------------------------|------------------------|
| 申請者 | 多賀城市長 殿 | 住所 | 多賀城市 | | |
| | | 受給者氏名 | | | |
| 記入欄 | 令和 | <input type="text" value="6"/> | 年 | <input type="text" value="8"/> | 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 | <input type="text" value="10"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------------|

| | | | | | | | | |
|-----|--------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------|
| 対象者 | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 記入例 | <input type="text" value="18"/> | <input type="text" value="19"/> | <input type="text" value="20"/> | <input type="text" value="21"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 加入医療保険 | <input type="text" value="25"/> | 保険者番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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) | (<input type="text"/> 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"/> | 点 | 公費負担等について <input type="text" value="88"/> 無 有 ※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"/> | 回 | |
| | 療養分 | 64 総費用 | <input type="text"/> | 円 | |
| | (保険対象分のみ) | 70 基本利用料 | <input type="text"/> | 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 | <input type="text"/> |
| 氏名・名称 | <input type="text"/> |

| | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------|
| ①窓口自己負担額を記入してください。 | <input type="text"/> | 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 | R . . . ~ R . . . |
| 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、該当する場合には記入してください。 | | |
| 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。 | <input type="text"/> | (<input type="text"/> 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 | <input type="text"/> 点 |
| | 公費該当以外の診療点数 | <input type="text"/> 点 |