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	

申請者記入欄

令和　　年　　月　　日

多賀城市長　殿

住　所

受　給　者　氏　名

電　話

令和 6 □□ 年 8 □□ 月分の医療費の助成を下記のとおり申請します。

子ども医療費受給者番号	10												
対象者	氏　名												
対象者	生年月日	記入例 04年04月01日	18 4. 平成 5. 令和	19		年	20		月	21		日
対象者	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)	(		日)	3. 訪問看護	4. 薬剤	5. 柔整					
療養の給付等	36 診療点数												点
訪問看護療養分(保険対象分のみ)	62 回数												回
	64 総費用												円
	70 基本利用料												円

［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 □□

※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　　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。

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

●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と調剤点数をそれぞれ記入してください。

・　(　　点)　・　(　　点)

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。	限度額認定証有効期間	
ア・イ・ウ・エ・オ・提示無　※オンラインで確認の場合はチェック□	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