

※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		令和 年 月 日	
	住所 多賀城市			
記入欄	受給者氏名			
	電話			
対象者	令和 年 月 日	6	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 10 5			
	氏名			
加入医療保険	生年月日	記入例 04年04月01日	18 3. 昭和 5. 令和 4. 平成	19 年
	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		
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

公費負担等について
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。