

母子父子家庭医療費助成申請書

※受給者が記入してください。

| | | | |
|--------------------------------|---------------------|---|-------------------------------------|
| 令和 年 月 日 | | | |
| 宮城県東松島市長 殿 | | | |
| 平成・令和 年 月 診療分の医療費を下記のとおり申請します。 | | | |
| 受給者 | 氏名 | Ⓜ (※児童が受診の際も、保護者氏名を記載して下さい。) | |
| | 住所 | 東松島市 | |
| | 電話番号 | () | |
| 患者氏名 | | 生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 |
| 医療費受給者証番号 | 対象者の保険区分を○で囲んでください。 | 1. 社会保険(本人) 2. 社会保険(扶養) 3. 退職保険(本人) | 4. 退職保険(扶養) 5. 国民健康保険 6. 老人保険 |
| | | 保険者番号 | |

※医療機関で記入してください。

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|--|
| 外来入院等の区分 | 外来 ・ 入院(入院 日) ・ 訪問看護 | | |
| 診療点数等 および 医療機関名 | 療養の給付等 (注参照) | 診療点数 (点) | 公費負担額について 無 有(制度名称) |
| | | 療養費の総費用 (円) 自己負担割合 1割負担 ・ 2割負担 (該当するものに○印) 3割負担 | |
| | 訪問看護療養分 (保険対象分のみ) | 回数 (回) | ※自己負担額(保険適用分) 一般療養分 _____ 円 合計 _____ 円 |
| | | 総費用 (円) | |
| 基本利用料 (円) | | | |
| 医療機関 (住所) (名称) (代表者) | (コード) | Ⓜ | |
| 診療科 | 1. 内科 2. 外科 3. 小児科 | 4. 整形外科 5. 皮膚科 6. 眼科 | 7. 耳鼻咽喉科 8. 歯科 9. 産婦人科 10. その他 |

(注)接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養費の総費用欄に「保険診療の費用額」を記入願います。
自己負担額記入欄も必ず記入して下さい。

助成決定額は、助成対象額から外来1件につき1,000円、入院1件につき2,000円を控除した額とする。