

様式第8号(第11条関係)

母子・父子家庭医療費助成申請書

令和 年 月 日

東松島市長 様

住 所

受給者

氏 名

年 月分の母子・父子家庭医療費の助成を次のとおり申請します。

受給者番号		受診者 氏名等	氏名 (男・女 年 月 日生)
被保険者証記号・番号		管掌別 保険者名	政・日・船・船・組・共・国保

*外来入院等の区分		外 来		入 院(入院 日)		訪問看護	
※ 診療点数 等 及 び 医療機関名	療養の給付等 〔注1参照〕	診療点数	点	〔療養費の総費用 円〕		公費負担について 無	
	外来薬剤一部 負担分(保険 対象分のみ)	本人負担額	円			有(名称 )	
	入院時食事療 養分(保険対 象分のみ)	日 数 総 費 用 標準負担額	回 円 円			公費負担額 円	
	訪問看護療養 分(保険対象 分のみ)	回 数 総 費 用 基本利用料	回 円 円			自己負担額 円	
	医療機関等	機関のコード番号 住 所 氏名・名称					

※欄は医療機関で記入してください。

注1 接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養の給付等(療養費の総費用)欄に「保険診療の費用額」を記入願います。

以下、市町村の使用欄です。

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・附加	助成対象額	助成決定額
療養の給付等							
外来薬剤一部負担分							
食事療養分							
訪問看護療養費分							
計							

※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。