

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。