

母子父子家庭医療費助成申請書

※受給者が記入して下さい。

①医療機関へ提出した日

令和 年 月 日

宮城県東松島市 ②病院へかかった年月

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	③受給者(保護者)の氏名・住所・電話番号を記入し押印する。		
	住所	東松島市 字		
	電話番号	()		
患者氏名	④患者(母(父)か子)の氏名と生年		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
医療費受給者証番号	⑤受給者証にある番号を記入する。頭の0は省	対象者の保険区分を○で囲んで下さい	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

⑥患者が社会保険を受けている母(父)の場合は1、その子ならば2。国保は母(父)子共に5とな

⑦国保なら40782(東松島市)社会保険(宮城県)なら1040013です。保険証の下のほうに書いてありま

外来入院等の区分	入院(入院 日			
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 有・無 (名称)	
	訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	自己負担割合 (該当するものに○印)	※自己負担額(保険適用分)	
		回数 (回)	総費用 (円)	一般療養分
	基本利用料 (円)	合計	円	
医療機関 (住所)(名称)(代表者)	(コード)	(印)		
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。