

母子・父子家庭医療費助成申請書

年 月 日

(あて先) 白 石 市 長

受給者	住所	白石市
	氏名	(Tel)

令和 年 月分の母子・父子家庭医療費の助成を下記のとおり申請します。

受診者	受給者証番号							
	氏名	(男・女)				昭和・平成 令和・西暦	年	月
健康保険 情報	記 号	番 号	1. 社保 (本人・扶養)		2. 国保			
	保険者名		ここには、加入している健康保険者名を書いてください					

* 診療年月	令和 年 月診療分		診療科 (科)	
* 外来入院等の区分	1 外 来	2 入 院 (入院 日)	3 訪問看護	
* 診療点数等 及び医療機関名	療養の給付等 (注 1～3 参照)		診療点数 (療養費の総費用)	点 円
	訪問看護療養費分 (保険対象分のみ)		回 数 総 費 用 基本利用料	回 円 円
	医療 機関	コード番号	(名称) 公費負担額 円 自己負担額 円	
		住所 名称		
		⑩		

* 欄は医療機関で記入してください。

- 注1 この申請書は、医療機関で 1 レセプトごとに 1 枚を記入してください。また、同月に入院と外来が重なったときはそれぞれ 1 枚ずつ記入してください。点数、費用、料金、負担額は月の合算を記入してください。
- 注2 公費負担の有無について、有・無に○をつけてください。有の場合は、該当する公費の名称を記入のうえ、公費による負担額を『公費負担額欄』に記入、公費負担額を差し引いた医療機関窓口での最終的な本人の自己負担額を『自己負担額欄』に記入してください。
- 注3 接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養の給付等の『療養費の総費用』欄に保険診療の費用額を記入してください。
- 注4 申請者本人による自署が可能な場合は、申請書への押印は不要です。

市処理確認

R . . 済