

記入例

申請日を記入

母子・父子家庭医療費助成申請書

令和●●年●●月●●日

南三陸町長 様

住所 南三陸町志津川字志津川字沼田101番地

診療を受けた年月を記入

受給者 氏名 三陸 太郎

個人番号 1234 5678 9123

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。

記

母子・父子家庭 医療費受給者証番号	30012345	受診者等 氏名	氏名 三陸 太郎 (個人番号) (男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女 S60年12月30日生)
被保険者証 記号・番号	み南110A123456	管掌別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保・協会・組合・船員・共 済・その他()
		保険者名	南三陸町

※外来入院等の区分	外来	入院 (日)	訪問看護
※ 診療点数等及び 医療機関名等	療養の給付等	診療点数 (療養費の総費用)	点 公費負担について (円)
	外 ()) 円
	訪 ()) 円
	医 ())
		氏名・名称	

記入は不要です

※欄は、医療機関で記入してください。

注 接骨、はり、きゅう、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、町の使用欄です。

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・付加	助成決定額
療養の給付等						
外来薬剤分						
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。