様式第６号（第８条関係）
注意　医療機関記入欄及び医療費総額以外の欄は，申請者が必ず漏れなく記入してください。
※欄は医療機関で記入してください。

# 心身障害者医療費助成申請書

令和　　年　　月　　日

大崎市長　様

**受給者 住　所**　大崎市

**氏　名**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | B | 平成<br>令和　　年　　月分 | を下記のとおり申請します。 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 心身障害者医療費受給者証番号 | A | | 心身障害者 | 氏　名 | |
| | | | | 生年月日 | 1.明・2.大<br>3.昭・4.平<br>5.令　　年　　月　　日　(男・女) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 加入医療保険 | 記　号 | | 番　号 | |
| | 保険者番号 | C | 保険者名称 | 1．大崎市（国民健康保険）<br>2．宮城県後期高齢者医療広域連合<br>3．その他（　　） |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ※医療機関記入欄 | 区　分 | D | 1．入院　2．外来　3．歯科<br>4．調剤　5．療養費（柔整）　6．訪問看護 | ※公費負担 | F | 公費負担番号 |
| | 療養の給付分〔柔道整復師・補装具等を含む〕 | E | 診療点数　　点<br>〔療養費の総費用　　円〕 | | | 無<br>有（名称　　） |
| | | | | | G | 公費負担額　　円 |
| | | J | 後期高齢者医療の自己負担額　　円 | | H | 自己負担額　　円 |
| | 入院時食事療養費（保険対象分のみ） | K | 日　数　　日 | 窓口で徴収した額<br>計　　円 | | |
| | | L | 総費用　　円 | | | |
| | | M | 標準負担額　　円 | | | |
| | 訪問看護療養費分（保険対象分のみ） | N | 回　数　　回 | | | |
| | | O | 総費用　　円 | | | |
| | | P | 基本利用料　　円 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医療機関 | コード | I | | 診療科名 |
| | 住所<br>氏名 | （※医療機関コードについては都道府県コードから記入願います。）<br>印 | | ※科別病院のみ記入願います。 |

| 大崎市処理欄 | | 医療費総額 | 負担区分 | | | 高額療養費 | 付加給付費 | 控除金額 | 助成金 | 日数 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 公費 | 保険者 | 一部負担額 | | | | | |
| 療養の給付等 | E | | | | | | | | | |
| 食事療養費 | L | | | | M | | | | | |
| 合　計 | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 高額療養費の種類 | U | |