

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、申請者が必ずも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。

母子・父子家庭医療費助成申請書

大崎市長様

令和 年 月 日

受給者 住所 大崎市

氏名

B 令和 年 月 を下記のとおり申請します。

母子・父子家庭医療費受給者証番号	A										受診者名	氏名				
											生年月日	昭・平・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				
※医療機関記入欄	区分	D	1.入院 2.外来 3.歯科 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					
		1.一般 2.後期高齢者医療該当 限度額適用認定証・高齢受給者証などの区分						無 有(名称)								
		70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ・提出なし													
		70歳以上	負担割合：3割・2割・1割・提示なし 区分：現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ・一般・低Ⅰ・低Ⅱ							G	公費負担額	円				
	療養の給付分 〔柔道整復師・補装具等を含む〕	E	診療点数 点 〔療養費の総費用 円〕						窓口で徴収した額 計 円							
		入院時食事療養費 (保険対象分のみ)	K	日数 日												
	L		総費用 円													
	訪問看護療養費分 (保険対象分のみ)	M	標準負担額 円													
N		回数 回														
O		総費用 円														
P		基本利用料 円														
医療機関	コード	I														
	住所氏名	(※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。)										※科別病院のみ記入願います。				

印

