



母子・父子家庭医療費助成申請書

令和元年 10月 1日

富谷市長 あて

申請年月日

医療費受給者証に記載されています。

診療年月

申請者

住所 富谷市 富谷坂松田30番地

氏名 富谷 松子

令和元年 10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。

母子・父子家庭医療費受給者証番号	富 母子 123456 号	受診者氏名等	氏名(フリガナ) トミヤ マチコ (男) (女) 富谷 松子 (昭和・平成 48年 2月 2日生)
被保険者証記号・番号	1234・5678	管掌別	(協会) ・船員・組合・共済・日雇・国保・国保組合
		保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部

※外来入院等の区分	外 来 ・ 入 院 (日) ・ 訪問看護		
※	療養の給付等	診療点数	加入保険証に記載されています。国保加入の方は富谷市と記入ください。
	注1参照	[療養費の総費用]	
診療点数等及び医療機関名等	外来薬剤一部負担分(保険対象分のみ)	本人負担額	円
	入院時食事療養分(保険対象分のみ)	回数	回
		総費用	円
		標準負担額	円
	訪問看護療養分(保険対象分のみ)	回数	回
		総費用	円
		基本利用料	円
	医療機関名等	機関コード番号	
		住所	
		氏名・名称	印

※欄は、医療機関で記入してください。

注1 接骨、鍼、灸、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、富谷市の使用欄です。

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・附加	助成対象額	助成決定額
療養の給付等							
外来薬剤一部負担分							
入院時食事療養分							
訪問看護療養分							
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。