

心身障害者医療費助成申請書

年 月 日

宮城県遠田郡美里町長 殿

受給者証番号

受給者

住所

印

氏名

令和 年 月分の心身障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。

記

受診者氏名		性別	生 年 月 日
		男・女	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
被保険者証 記号・番号		管 掌 別	協・組・船・共・日・国保・後期
		保険者名	

* 欄は医療機関で記入してください。

* 区 分	1. 外来 2. 入院 (日分) 3. 訪問看護 4. 調剤 5. 歯科 6. 療養費(柔整)		
* 診療点数等	療養の給付分 〔注1参照〕	診療点数 点	* 公費負担
			公費負担番号:
			無
			有(名称)
		〔療養費の総費用 円〕	公費負担額 円
	後期高齢者医療適用者の自己負担額 円	自己負担額 円	
	訪問看護療養分 (保険対象分のみ)	回 数 回	* 窓口で徴収した額
		総 費 用 円	
		基本利用額 円	
	外来薬剤一部負担分 (保険対象分のみ)	本人負担額 円	計 円
* 医療機関	医療機関コード		
	住 所 医 療 機 関 名 連 絡 先	印	

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。

美里町処理欄	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・附加	基礎控除	助成決定額
療 養 の 給 付 等							
外来薬剤一部負担分							
訪問看護療養費分							
計							