

様式第7号(第9条関係)

母子・父子家庭医療費助成申請書 年 月 日 塩竈市長 殿 住所 塩竈市 受給者 氏名 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。			
受給者番号		受診者氏名等	氏名 男・女 年 月 日生
被保険者証記号・番号		保険区分	1 国民健康保険 2 社会保険(国保以外)
*外来入院の区分	外来 入院(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〔注参照〕	診療点数 〔療養費の総費用〕 点 円	公費負担について 無 有 (名称)
	訪問看護療養分(保険対象分のみ)	回数 総費用 基本利用料 回 円 円	公費負担額 円 自己負担額 円
	医療機関名等	機関のコード番号 _____ 住 所 氏名・名称	

*欄は医療機関で記入して下さい。

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、市町村の使用欄です。

	費用総額	保険者負担額	一部負担金	公費負担額	高額・附加	助成決定額
療養の給付等						
訪問看護療養分						
計						