

母子・父子家庭医療費助成申請書

年 月 日			
角田市長 殿			
申請者	住 所		
	氏 名		
	電話番号	— —	
()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		受給者氏名 生年月日	氏名 (年 月 日生)
医療保険各法による 記号及び番号等		保険の種別	組合・協会けんぽ・船員・共済・ 国保・国保組合(○で囲んでください)
保険者名	ここには健康保険証の発行機関名を書いてください		

◎申請される方は、太線の枠内に記入し、診療月に1枚、医療機関ごとに提出してください。

※外来入院等の区分		1. 外 来 2. 入 院(入院 日) 3. 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 〔診療費の総費用 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)	基本利用料 円	公費負担額 円
		総費用 円	自己負担額 円
		基本利用料 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ください。

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「保険診療の費用の総額」を記入願います。

以下、角田市で記入します。

	総費用額	保険者負担額	一部負担金	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							
訪問看護療養費分							
計							