こども医療費助成申請書

データ番号					
区		医療	入力#		
1	2	3	4	5	6
		1			

令和　　年　　月　　日

（あて先）仙台市　　区長

こども医療費助成を下記の通り申請します。

受給者記入欄

受給者証を見てご記入ください。→

受給者　電話　　－　　－

住所　仙台市　　区

氏名

こども

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名

（平成・令和　　年　　月　　日生まれ）

こども医療費受給者番号							診療年月 元号※	診療年月 年		診療年月 月		区分（該当番号に○印を）
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
							4 平成 5 令和					1 通院調剤　2 入院　3 訪問看護　往診

↑該当する元号の番号に○印　　↑記入例：01(年)05(月)

※2019年5月以降の診療は、診療年月の元号欄の「5」に○印をつけてください。
2019年4月以前の診療は、診療年月の元号欄の「4」に○印をつけてください。

医療機関等記入欄

※各項目は右寄せでご記入ください。

医療機関コード（ゴム印を数字の下に合わせてください。）									
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

保険者番号【注1】（診療報酬を請求する先の保険者番号を記入してください。）							
30	31	32	33	34	35	36	37

限度額適用認定証の区分（提示があった場合、該当する区分に○印）
ア・イ・ウ・エ・オ

医療機関等の所在地

医療機関等の名称

電話番号

処方せん交付医療機関コード

74	75	76	77	78	79	80	81	82	83

診療点数等

療養の給付等【注2】	診療点数								入院日数		本人の負担金額【注3】（保険対象分のみ）						公費・特定疾病の有無【注4】		
	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	無・有	54	55

訪問看護療養分（保険対象分のみ）	総費用額								看護回数		本人の負担金額【注3】（当該診療月分の合計）						公費・特定疾病の有無【注4】		
	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	無・有	72	73

処方せん交付医療機関名

処方せんなし　84

処方せんによらない保険診療（外来服薬支援料等）の場合は「1」をご記入ください。

備考欄

【注1】月途中で保険変更がある場合は、保険者番号ごとに医療費助成申請書をご記入ください。

【注2】接骨・鍼・灸・マッサージの場合は、保険診療の費用額を「診療点数」の欄に記入してください。

【注3】本人が実際に支払った一部負担金額を必ずご記入ください。公費・特定疾病診療がある場合は適用後の額をご記入ください。

【注4】公費・特定疾病診療の有無に関わらず、必ずご記入ください。
公費・特定疾病診療なし：「無」に○印をつけてください。
公費・特定疾病診療あり：「有」に○印をつけて、下のいずれかの該当番号をご記入ください。

01 感染症法第37条（入院）　　02 感染症法第37条の2（通院）
03 精神保健福祉法(措置入院)　　04 自立支援医療(精神通院)
05 自立支援医療（育成医療）　　06 自立支援医療（更生医療）
08 その他公費医療　名称：指定難病・その他（　　）
09 特定疾病（マル長）：一部負担金上限1万円
10 特定疾病（マル長）：一部負担金上限2万円

※特定疾病（マル長）、更生医療等の公費負担制度該当者について、公費分と一般診療分がある場合は、それぞれ別の医療費助成申請書に記入してください。

※特定疾病（マル長）と更生医療を併用する場合は、上の「公費・特定疾病の有無」欄に「06」、「本人の負担金額」欄に更生医療適用後の額を記入してください。

※その他の公費医療（08番）の場合は、該当する名称に○印をつけるか「その他」欄に名称を記入してください。