

受給者記入欄

心身障害者医療費助成申請書

データ番号

区医療入力#

123456

2

年 月 日

(あて先) 仙台市 区長

心身障害者医療費助成を下記の通り申請します。

→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

対象者 フリガナ 氏名 (明・大・昭・平・令 年 月 日生まれ)

心身障害者医療費受給者番号

診療年月

元号※ 年 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

通院 1 調剤 2 入院 3 訪問看護 往診

※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。

必ずご自身の受給者番号を記入してください

「該当する元号の番号」に○印

記入例:08(年)07(月)

住所、氏名等の記入が困難な方は、区役所・総合支所窓口にお申し出ください。

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

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

処方せん交付医療機関名

処方せんに基づかない保険診療(外来服薬 支援料等)の場合は「1」をご記入ください。

備考欄

診療点数等

療養の給付等【注3】

診療点数

入院日数

本人の負担金額【注4】 (保険対象分のみ)

公費・特定疾病の有無【注5】

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4】 (当該診療月分の合計)

公費・特定疾病の有無【注5】

56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 無・有 72 73

【注1】

【注2】

【注3】

【注4】

【注5】

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・こども医療・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。