

記載例①(医科・歯科用)

てください。

障害者医療費助成申請書

緑字の部分(①～⑧)は申請者が記載します。

① 令和 2 年 1 月 10 日

住所 名取市増田十丁目12-34

申請者 ②

氏名 愛島 次郎

印

③ 令和 元 年 1 2 月分の障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。

受給者番号 ④	7 9 8 0 0 0	障害者氏名 ⑤	ふりがな めでしま たろう 氏名 愛島 太朗 (T・S H 30年 1月 1日生)
被保険者証 記号・番号 ⑥	み名A567890	保険種別 ⑦	社保・国保・後期 (本人・家族)
		保険者の名称 ⑧	名取市

以下は医療機関において記入して下さい。

外来入院等の区分 ⑨	外 来	入 院 (入院 3日)	訪問看護
赤字の箇所(⑨～⑬)は医療機関で記載します。	療養の給付等 ⑩ (注 参照)	診療点数 42,300点 (療養費の総費用 円) 後期高齢適用者の自己負担額 円	公費負担について ⑪ 無 有 (名称 特定疾病、更生医療)
	訪問看護	回数 回	公費負担額 121,900円
	療養分 ⑫ (保険対象分のみ)	総費用 円 基本利用料 円	自己負担額 5,000円
	医療機関名等	医療機関名等 ⑬	機関のコード番号 0410711111 住所 名取市ゆりが丘六丁目1-23 氏名・名称 ゆりが丘透析クリニック 印

【記載上の注意】

⑨ 「外来」、「入院」のいずれかに○をつけます。入院の場合は当該月の入院日数も記載してください。
※ 同一月で外来と入院がある場合、申請書は2枚(入院分と外来分)必要です。

⑩ 診療点数を記載します。また、受診者が後期高齢者医療加入者の場合、「後期高齢適用者の自己負担額」も記載してください。自己負担額は限度額適用認定書等の上限額を適用後の金額になります。

⑪ 特定疾病や精神通院など公費医療の適用があった場合は必ず「有」に○をつけ、対象となる公費名を記載します。併せて公費医療適用後に患者から徴収する金額を「自己負担額」に記載してください。
※ 自己負担額の記載漏れ・間違いは過大給付の原因となり患者に負担を与えますので、必ず正確に記載願います。なお、全額公費負担で自己負担0円の場合は申請自体が不要です。

⑫ 記入不要です。

⑬ 医療機関コード、医療機関名・所在地を記載します。医療機関コードは7桁・10桁でもどちらでもOKです。

この用紙は、医療機関ごと診療月ごとに一枚、医療機関に提出して下さい。

記載例②(調剤薬局用)

障害者医療費助成申請書

緑字の部分(①~⑧)は申請者が記載します。

① 令和 2 年 1 月 30 日

住所 名取市那智が丘六丁目7-8

申請者 ②

氏名 樽水 清子

㊞

③

令和 2 年 1 月分の障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。

受給者番号 ④	7 9 8 0 0 0	障害者氏名 ⑤	ふりがな たるみず きよこ 氏名 樽水 清子 (T・S・H 15年 6月 8日生)
被保険者証 記号・番号 ⑥	8123456	保険種別⑦	社保・国保・後期 ㊞ 本人・家族
		保険者の名称⑧	宮城県後期高齢者医療広域連合

以下は医療機関において記入して下さい。

外来入院等の区分 ⑨	外来	入院(入院日)	訪問看護
赤字の箇所(⑨~⑬)は医療機関で記載します。	療養の給付等 ⑩ (注 参照)	診療点数 27,000点 (療養費の総費用 円) 後期高齢適用者の自己負担額 18,000 円	公費負担について ⑪ 無 ㊞ (名称 難病法)
	訪問看護療養分 ⑫ (保険対象分のみ)	回数 回 総費用 円 基本利用料 円	公費負担額 14,000円 自己負担額 4,000円
医療機関名等	医療機関名等 ⑬	機関のコード番号 0440744444 住所 名取市高館川上9-87 氏名・名称 高館山薬局 ㊞ 処方元 名取医療センター(18,000点)、相互台内科(9,000点)	

【記載上の注意】

⑨ 薬局の場合は全て「外来」になります。

⑩ 調剤点数を記載します。また、受診者が後期高齢者医療加入者の場合、「後期高齢適用者の自己負担額」も記載してください。自己負担額は限度額適用認定書等の上限額を適用後の金額になります。

⑪ 特定疾病や精神通院など公費医療の適用があった場合は必ず「有」に○をつけ、対象となる公費名を記載します。併せて公費医療適用後に患者から徴収する金額を「自己負担額」に記載してください。
※ 自己負担額の記載漏れ・間違いは過大給付の原因となり患者に負担を与えますので、必ず正確に記載願います。なお、全額公費負担で自己負担0円の場合は申請自体が不要です。

⑫ 記入不要です。

⑬ 医療機関コード、医療機関名・所在地を記載します。医療機関コードは7桁・10桁でもどちらでもOKです。また複数件の医療機関からの処方を合算して点数を記載した場合、処方元医療機関および⑩欄の点数内訳を記入願います。

この用紙は、医療機関ごと診療月ごとに一枚、医療機関に提出して下さい。

記載例③(訪問看護用)

障害者医療費助成申請書

緑字の部分(①~⑧)は申請者が記載します。

① 令和 2 年 2 月 29 日

住所 名取市美田園九丁目8-7

申請者 ②

氏名 関上 桜子

㊞

③

令和 2 年 2 月分の障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。

受給者番号 ④	7 9 3 0 0 0	障害者氏名 ⑤	ふりがな ゆりあげ さくらこ 氏名 関上 桜子 (T・S・H 44年 4月 20日生)
被保険者証記号・番号 ⑥	み名 A555444	保険種別 ⑦	社保・国保・後期 (本人・家族)
		保険者の名称 ⑧	宮城県後期高齢者医療広域連合

以下は医療機関において記入して下さい。

外来入院等の区分 ⑨	外 来 入 院 (入 院 日)		訪問看護
赤字の箇所(⑨~⑬)は医療機関で記載します。	療養の給付等 ⑩ 注 参照)	診療点数 点 (療養費の総費用 円) 後期高齢適用者の自己負担額 円	公費負担について ⑪ 無 有 (名称)
	訪問看護療養分 ⑫ (保険対象分のみ)	回数 18 回 総費用 144,000 円 基本利用料 35,600 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 04900001	
	医療機関名等 ⑬	住所 名取市飯野坂八丁目6番5号 氏名・名称 館腰訪問看護ステーション ㊞	

【記載上の注意】

⑨ 「訪問看護」に○をつけます。

⑩ 記入不要です。

⑫ 欄全てを記載します。「総費用」は10割の金額で、「基本利用料」は患者が実際に負担した1~3割の金額(限度額適用認定証等による上限額)を記載します。

⑪ 特定疾病や精神通院など公費医療の適用があった場合は必ず「有」に○をつけ、対象となる公費名を記載します。併せて公費医療適用後に患者から徴収する金額を「自己負担額」に記載してください。
※ 自己負担額の記載漏れ・間違いは過大給付の原因となり患者に負担を与えますので、必ず正確に記載願います。なお、全額公費負担で自己負担0円の場合は申請自体が不要です。

⑬ ステーションコード、ステーション名・所在地を記載します。ステーションコードは7桁・10桁でもどちらでもOKです。

この用紙は、医療機関ごと診療月ごとに一枚、医療機関に提出して下さい。

記載例④(マッサージ用)

障害者医療費助成申請書

緑字の部分(①~⑧)は申請者が記載します。

① 令和 2 年 3 月 10 日

住所 名取市美田園九丁目8-7

申請者 ②

氏名 関上 花子

㊞

③

令和 2 年 3 月分の障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。

受給者番号④	7 9 8 0 0 0	障害者氏名 ふりがな ⑤	ゆりあげ ももこ 氏名 関上 桃子
被保険者証 記号・番号 ⑥	8765432	生年月日	(T・S・H 17年 6月 14日生)
		保険種別⑦	社保・国保・後期 ㊞ 本入・家族
		保険者の名称⑧	宮城県後期高齢者医療広域連合

以下は医療機関において記入して下さい。

外来入院等の区分⑨	⑨	外来	入院(入院日)	訪問看護
赤字の箇所(⑨~⑬)は医療機関で記載します。	療養の給付等⑩	診療点数	点	公費負担について ⑪
	注 参照)	(療養費の総費用 95,000円)		無
		後期高齢適用者の自己負担額	円	有 (名称 難病法)
医療機関名等	訪問看護療養分⑫	回数	回	公費負担額 3,000円
	(保険対象分のみ)	総費用	円	自己負担額 5,000円
		基本利用料	円	
医療機関名等⑬		機関のコード番号	04700001	
		住所	名取市飯野坂八丁目6番5号	
		氏名・名称	館腰マッサージ	㊞

【記載上の注意】

⑨ 療養費扱いとなるマッサージ等は「外来」とします。

⑩ 診療点数を記載不要です。「療養費の総費用」欄は施術に要した費用(10割)を記載します。また、受診者が後期高齢者医療加入者の場合、「後期高齢適用者の自己負担額」も記載してください。なお、この金額は限度額適用認定証等適用後の自己負担額になります。

⑪ 特定疾病や精神通院など公費医療の適用があった場合は必ず「有」に○をつけ、対象となる公費名を記載します。併せて公費医療適用後に患者から徴収する金額を「自己負担額」に記載してください。
※ 自己負担額の記載漏れ・間違いは過大給付の原因となり患者に負担を与えますので、必ず正確に記載願います。なお、全額公費負担で自己負担0円の場合は申請自体が不要です。

⑫ 記載不要です。

⑬ 医療機関コード、医療機関名・所在地を記載します。医療機関コードは7桁・10桁でもどちらでもOKです。

この用紙は、医療機関ごと診療月ごとに一枚、医療機関に提出して下さい。