

「医療等の状況」「調剤報酬明細書」公費負担制度利用の有無、自己負担額の記入について

平素より、日本スポーツ振興センターの災害給付請求では大変お世話になります。

津山市では日本スポーツ振興センターの災害給付請求時には、子ども医療等の公費負担の受給資格がある場合は、公費負担制度を利用し、受診していただけます。そのため、大変お手数ですが、「医療等の状況」「調剤報酬明細書」に加えて、下記様式にもご記入いただき、添付くださいますようお願いいたします。

公費負担制度利用の有無、公費種別該当欄にチェック(レ)していただき、窓口での自己負担額をご記入ください。

子ども医療、ひとり親家庭等公費負担を除くその他の公費負担制度を利用の場合は、()内に公費負担制度の種類をご記入ください。
(例 心身障害者、自立支援等)

平成 年 月 診療分			学校名
			氏名
公費負担制度の利用の有無			窓口での自己負担額
公費負担制度利用なし			(記入不要)
子ども医療公費負担利用			
		外来のみ	自己負担額 円
		入院のみ	自己負担額なし
		外来・入院	外来分自己負担額 円
			入院分自己負担額なし
ひとり親家庭等医療公費負担利用			
		外来のみ	自己負担額 円
その他の公費負担利用			
()			
		外来のみ	自己負担額 円

「医療等の状況」「調剤報酬明細書」公費負担制度利用の有無、自己負担額の記入について

平素より、日本スポーツ振興センターの災害給付請求では大変お世話になります。

津山市では日本スポーツ振興センターの災害給付請求時には、子ども医療等の公費負担の受給資格がある場合は、公費負担制度を利用し、受診していただけます。そのため、大変お手数ですが、「医療等の状況」「調剤報酬明細書」に加えて、下記様式にもご記入いただき、添付くださいますようお願いいたします。

公費負担制度利用の有無、公費種別該当欄にチェック(レ)していただき、窓口での自己負担額をご記入ください。

子ども医療、ひとり親家庭等公費負担を除くその他の公費負担制度を利用の場合は、()内に公費負担制度の種類をご記入ください。
(例 心身障害者、自立支援等)

平成 年 月 診療分			学校名
			氏名
公費負担制度の利用の有無			窓口での自己負担額
公費負担制度利用なし			(記入不要)
子ども医療公費負担利用			
		外来のみ	自己負担額 円
		入院のみ	自己負担額なし
		外来・入院	外来分自己負担額 円
			入院分自己負担額なし
ひとり親家庭等医療公費負担利用			
		外来のみ	自己負担額 円
その他の公費負担利用			
()			
		外来のみ	自己負担額 円