

八戸市 乳幼児等 医療費給付申請書
 ひとり親家庭等

印

年 月 日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住 所
 フリガナ
 氏 名 印
 電 話 ()

年 月分の医療費の給付を申請します。

保険証記号番号	保険者名
	八戸市・全国健康保険協会 () 支部・健康保険組合

受給対象者	フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	受給資格証番号
			年 月 日	— — 年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日	— — 年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日	— — 年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日	— — 年 月 日 ~ 年 月 日

<医療機関証明欄>

※医療機関が発行する領収書を添付するか、次の欄を受診した医療機関に記入してもらってください。

医療機関証明欄	受診者名		診療月	年 月	
	保険診療 総点数	外来	点 (円)	保険適用分一部負担額 (薬剤一部負担額は含めない)	円
		入院	/ ~ /	診療科 (総合病院のみ記入)	
	点 (円)		処方せん発行元 (保険調剤薬局のみ記入)		
上記のとおり受領済であることを証明します。					
年 月 日					
医療機関等の 所在地・名称 ㊟ 開設者氏名					
<記入上の注意> 1 か月ごとの合計額を記入してください。総合病院の場合は、診療科も記入。 薬局については、処方せん発行元も記入。処方せん発行元が総合病院の場合は科ごとに記入。 接骨院等については外来部分に総医療費、一部負担額に保険適用分の実徴収金額を記入。					

高額療養費 (有・無)
 附加給付金 (有・無)

世帯合算 (有・無)