

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)

世帯合算 (有・無)

附加給付金 (有・無)