

乳幼児医療費に  
チェック

八戸市  乳 幼 児  
 ひとり親家庭等

医療費給付申請書

印

<記入例>

記入・押印2カ所

年 月 日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住 所 八戸市内丸1丁目1-1  
フリガナ 氏 名 ハ 戸 太 郎 (印)  
電 話 (12) 3456

数か月分をまとめて  
申請書一枚で申請す  
ることができます。

20 年 10、11 月分の医療費の給付を申請します。

国保→八戸市に丸  
社保→八戸・青森など記入後、社保に丸  
組合→○△□と名称を記入後健保に丸  
共済→○△□と名称を記入後健保に丸

| 保険種別             | 番号                      | 八戸                              |
|------------------|-------------------------|---------------------------------|
| <u>社(政)</u> ・国・組 | <u>八はよろ</u> <u>1000</u> | <u>八戸</u><br>八戸市・ <u>社保</u> ・健保 |

保険種別を丸で囲み、  
記号番号も記入

| 受給対象者                               | フリガナ<br>氏 名                         | 続柄                 | 生年月日                                      | 受給資格証番号                                  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|---|--|
|                                     | <u>ハチノヘ</u> <u>ハナコ</u><br><u>花子</u> | <u>子</u>           | <u>20年 8月 18日</u>                         | <u>20-0-123</u><br>20年 8月18日 ~ 21年 8月31日 |
| <u>ハチノヘ</u> <u>ミドリ</u><br><u>緑</u>  | <u>子</u>                            | <u>18年 5月 15日</u>  | <u>20-2-567</u><br>20年 8月18日 ~ 21年 8月31日  |  |
| <u>ハチノヘ</u> <u>ジロウ</u><br><u>次郎</u> | <u>子</u>                            | <u>14年 11月 11日</u> | <u>19-5-8910</u><br>20年 8月18日 ~ 21年 8月31日 |  |
|                                     |                                     | 年 月 日              |   |  |

払い戻しがあるお子さんを  
全員記入してください。

<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<br>総点数 | 外来       | 点<br>(円) | 診療科 (総合病院のみ記入)               |                         |  |
|  |             | 入院       | / ~ /    | 保険適用分一部負担額<br>(薬剤一部負担額は含めない) | 処方せん発行元<br>(保険調剤薬局のみ記入) |  |
|  |             | 点<br>(円) | 円        |                              |                         |  |
| 上記のとおり受領済であることを証明します。  |             |          |          |                              |                         |  |
| <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関等の<br/>所在地・名称 (印)<br/>開設者氏名</p>   |             |          |          |                              |                         |  |
| <p>&lt;記入上の注意&gt;</p> <p>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。<br/>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。<br/>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。</p> |             |          |          |                              |                         |  |

高額療養費 (有・無)

世帯合算 (有・無)

附加給付金 (有・無)