

八戸市 乳 幼 児
 ひとり親家庭等

医療費給付申請書

捨印

年 月 日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住 所
氏 名
電 話 ()

印

年 月分の医療費の給付を申請します。

保険種別	保険証記号番号	保険者名
社(協)・国・組		全国健康保険協会()支部・八戸市・健保

受給対象者	氏名	続柄	生年月日	受給資格証番号
		本人・子	年 月 日	—
		子	年 月 日	—
		子	年 月 日	—
		子	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	診療月	年 月	診療科 (総合病院のみ記入)		
	保険診療 総点数	入院	/ ~ / 点 (円)	保険適用分一部負担額 (薬剤一部負担額は含めない)	処方せん発行元 (保険調剤薬局のみ記入)
		外来	点 (円)		
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。					