

# <記入例>

八戸市  乳 幼 児  
 ひとり親家庭等

医療費給付申請書



※必要箇所を記入し、2箇所押印して下さい。

21年 8月 1日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住所 八戸市内丸1-1-2 内丸住宅2号  
氏名 八戸 花子  
電話 (090) 5555-4444



21年4～6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	32602118 1234	全国健康保険協会(青森)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
	八戸 花子	本人・子	48年10月4日	8890-0
	八戸 太郎	子	14年6月20日	8890-1
	八戸 次郎	子	15年8月13日	8890-2
	※給付申請をされる方のみ、お名前を記入して下さい。			月 日

## <医療機関証明欄>

※受診者名・保険点数・一部負担額等が記載されている領収書がある場合は、以下不要です。

※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	21年 4月	診療科 (総合病院のみ記入)	整形外科
	保険診療 総点数	入院	4/16 ~ 4/24 60,000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。 21年 4月30日 医療機関等の 八戸市田向字毘沙門平1 所在地・名称 八戸市立市民病院 開設者氏名 院長 八戸 一郎				
<p>&lt;記入上の注意&gt; ※証明の場合、受給対象者にはこの診療を受けた方のみ記名して下さい。 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。</p>				