

ひとり親家庭等医療費給付申請書について

記入例

八戸市ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 元 年 5 月 15 日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住所 八戸市内丸一丁目1番1号内丸住宅2
 氏名 ハチノヘ ハナコ
 八戸 花子
 電話 090 (0000) 0000

平成・令和 31 年 1 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・国・組	1 2 3	4 5 6 7	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	受給者番号
	八戸 花子	本人	S ^H R 55年1月13日	1 2 3 4 5 6 7
八戸 太郎	長男	S ^H R 19年6月20日	2 3 4 5 6 7 8	

本人受給者番号は資格証送付通知文書または受給資格認定通知書に記載されています。

二箇所に押印してください。
※スタンプ印不可

社保…()内に支部名
 国保…八戸市に○
 健保…枠内上部に名称記入し
 健保に○

給付申請の領収書がある方のみ記入してください。
医療機関証明欄を使用した場合、診療を受けた方お一人についてのみ記入してください。

<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可

診療月	年	月	診療科(総合病院のみ記入)

《医療機関証明欄について》
 こちらは医療機関等から保険適用医療費についてご記入、証明していただく欄です。
 領収書紛失した場合や、受診日・受診者・保険点数等が不明な領収書の場合は、こちらの医療機関証明欄をご使用ください。

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
 接骨院等については外来部分に総医療費、一部負担額と保険適用分の実徴収金額を記

八戸市ひとり親家庭等医療費受給資格証

公費負担者番号	8 2 0 2 0 0 3 3		
受給者番号	2 3 4 5 6 7 8		
氏名	八戸 太郎	性別	男
生年月日	平成19年 6月20日		
加入保険	種別	社保	
	記号番号	1 2 3 - 4 5 6 7	
	保険者	全国健康保険協会 青森支部	
住所	八戸市内丸一丁目1番1号内丸住宅2		
氏名	八戸 花子	資格	有
生年月日	昭和55年 1月13日		
発行機関	八戸市長 印		
交付年月日	令和元年 5月7日		
有効期間	平成30年 8月1日から 令和元年 7月31日まで		

ひとり親家庭等医療費給付申請は郵送でも受付しております

- ・郵便料金は各自ご負担ください。
 - ・受付日は子育て支援課受付日(郵便到着日)となります。
- ***下記までお送りください***

《送付先》 〒031-8686 八戸市内丸一丁目1番1号八戸市福祉部子育て支援課
 お電話によるお問合せは TEL 43-9428(直通) まで