

この用紙は、医療機関窓口で支払った保険診療分の一部負担金について給付申請する際に使用する申請書(記入例)です。なお、申請期間は診療の翌月から6ヶ月以内です。また、保護者が同一の児童の医療費について、1枚の申請書で兄弟・数ヶ月分をまとめて申請することができます。

<記入例>

八戸市子ども医療費給付申請書

八戸

令和 6 年 4 月 15 日

※スタンプ印不可※

(あて先) 八戸市長

○保護者はお子さんの受給資格証の保護者氏名欄に記載されている方となります。

○電話番号は日中に連絡できる番号をご記入ください。

(保護者) 住 所 八戸市内丸一丁目1-1

氏名 八戸 太郎

電話 (010) 1234-5678

八戸

令和 6 年 1~3 月分の医療費の給付を申請します。

記号番号		八戸市国保 全国健康保険協会 健康保険組合・共済組合		
3000000	123	…八戸市に○ …()内に青森など支部名を記入 …○△□と名称を記入し、健康保険組合に○ 八戸市・全国健康保険協会 (青森) 支部・健康保険組合		

受給対象者	氏名	続柄	生年月日	受給者番号
	八戸 花子	子	④・R 23年 2月 11日	0003210 年月日 ~ 年月日
	八戸 緑	子	H・R 1年 5月 15日	0065326 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
	<p>*給付申請手続きに必要なもの*</p> <ul style="list-style-type: none">・八戸市子ども医療費給付申請書 ※申請書用紙は市ホームページからダウンロードしていただき、子育て支援課窓口でお受け取りください。 ※押印2カ所あり(スタンプ印不可)・印鑑(来庁によるお手続きの方のみ)・領収書原本・保護者の普通預金口座が確認できるもの(口座登録のない方のみ)		
	所在地・名称 開設者氏名	印	
	<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。		