

八戸市子ども医療費給付申請書

年 月 日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住 所

フリガナ
氏 名

印

電 話 ()

年 月分の医療費の給付を申請します。

記号番号		保険者名
		八戸市・全国健康保険協会 () 支部・健康保険組合

子 ど も	フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	受給者番号
			年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
			年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
			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
保険診療 総点数	外 来	点 (円)	保険適用分一部負担額 (薬剤一部負担額は含めない)	円	
	入 院	/ ~ /	診療科 (総合病院のみ記入)		
		点 (円)	処方せん発行元 (保険調剤薬局のみ記入)		
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					
④					
<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。					