

八戸市ひとり親家庭等医療費給付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住 所

フリガナ
氏 名

(署名又は記名押印)

電 話 ()

令和 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・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	受給者番号
			S・H・R 年 月 日	
			S・H・R 年 月 日	
			S・H・R 年 月 日	
			S・H・R 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	令和 年 月		診療科(総合病院のみ記入)			
	保険診療 総点数	入院	/ ~ /		保険適用分一部負担額 (薬剤一部負担額は含めない)		
			点(円)				
		外来	点(円)		円		
	上記のとおり受領済であることを証明します。						
令和 年 月 日							
医療機関等の 所在地・名称					印		
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。							