

八戸市子ども医療費給付申請書

印

令和 年 月 日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住 所

フリガナ
氏 名

電 話 ()

印

令和 年 月分の医療費の給付を申請します。

保険証記号番号	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
			H・R 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
			H・R 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
			H・R 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
			H・R 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	令和 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。 令和 年 月 日 医療機関等の 所在地・名称 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。					

高額療養費 (有・無)

世帯合算 (有・無)

附加給付金 (有・無)

スポーツ (有・無)