

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 ○ 年 ○ 月 ○ 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

フリガナ ハチノヘ ハナコ
氏 名 八戸 花子
(署名又は記名押印)

電 話 090 (0000) 0000

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	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 63 年 1 月 13 日	1 2 3 4 5 6 7
	八戸 太郎	長男	S H・R 27 年 6 月 20 日	2 3 4 5 6 7 8

本人受給者番号は受給資格認定通知等でお知らせしております。
※ご不明な場合はお問合わせください。

社保・・・()内に支部名を記入してください。
国保・・・「八戸市」を○で囲んでください。
健保・・・枠内に名称を記入し、「健保」を○で囲んでください。

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は、診療を受けた方お一人についてのみご記入ください。

<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	令和 年 月	診療科 (総合病院のみ記入)
入	/ ~ /	
保険適用分一部負担額		
円		
開設者氏名		
令		

《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。

<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、一部負担額に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27年 6月20日		
加入保険種別	社保		
加入保険記号番号	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63年 1月13日		
発 行 機 関	八戸市長		
交 付 年 月 日	有 効 期 間		
年 月 日	年 月 日から 年 月 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。

《送付先》 〒031-8686 八戸市内丸一丁目1番1号 八戸市 子育て支援課
お電話によるお問合せは TEL 43-9581(直通) まで