

子ども医療費助成額支給請求書
青森市 ひとり親家庭等医療費給付申請書
 重度心身障害者医療費支給申請書

〇〇年〇〇月〇〇

青森市長様

(申請者) 住所 青森市新町1丁目3-7
連絡先 017 (734) 1111
氏名 青森 花子

年 月分の医療費の給付を申請します。

受診者氏名	生年月日	続柄	受給資格証番号
青森 太郎	令和〇〇年〇〇月〇〇日	子	1234567
保険証 記号番号	青国 70000000 - 00	保険種別 保険者名	政・組・船・共・国 青森県国民健康保険

枝番がある場合、
記入します。

① 医療機関 証明欄	【 年 月分 】	入院	点	他方負担	点	受領額	円
	保険診療 点数・日数	外来	点	他方負担	点	受領額	円
	(入院時食事療養費を除く)	柔整鍼灸	日	他方負担	点	受領額	円
		その他	点	他方負担	点	受領額	円
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。							
保険医療機関の 所在地・名称							
院長氏名							

② 調剤薬局 証明欄	【 年 月分 】	日	他方負担	点	受領額	円
	調剤報酬 点数・日数	点	他方負担	点	受領額	円
上記の一部負担金及び標準負担額を受領したことを証明する。						
保険薬局の 所在地・名称						
管理者氏名						