青森市 □子ども医療費助成額支給請求書
□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

年　月　日

青森市長様

（申請者）
住所
連絡先　（　　）
氏名

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
	年　月　日		

加入医療保険記号番号	／	保険種別	政・組・船・共・国
	－	保険者名	

① 医療機関証明欄	【　年　月分】保険診療点数・日数（入院時食事療養費を除く）	入院	／　～　／ 点	他方負担 点	受領額 円
		外来	日 点	他方負担 点	受領額 円
		柔整鍼灸その他	日 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】調剤報酬点数・日数	日 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			