

☐ 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 〇〇日

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 太郎

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 次郎	令和〇〇年〇〇月〇〇日	子	1234567
加入医療保険	青国	保 険 種 別	政・組・船・共・国
記 号 番 号	70000000 - 1	保 険 者 名	青森県国民健康保険

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	/	負担	受領額
			点		点
		外 来		他方負担	受領額
			点		点
		柔整鍼灸		他方負担	受領額
			日		点
	その他		点	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					

枝番がある場合、
記入します。

② 調 剤 薬 局 証 明 欄	【 年 月 分 】	日	他方負担	受領額
	調 剤 報 酬 点 数 ・ 日 数	点	点	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			