

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

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 保 険 者 名	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国

① 医 療 機 関 証 明 欄	【 年 月 分 】	入 院	/ ~ /	他 方 負 担	受 領 額	
			点	点	円	
	保 険 診 療 点 数 ・ 日 数	外 来		日	他 方 負 担	受 領 額
			点	点	点	円
	(入 院 時 食 事 療 養 費 を 除 く)	柔 整 鍼 灸		他 方 負 担	受 領 額	
		そ の 他		日	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						

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
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				