

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|-------|-----|--------|----|----|----|----|----|----|-----|-------|
| 市町村 | 業務 | 対象者番号 | 診療月 | 医療機関番号 | 科目 | 入外 | 種別 | 被保 | 継続 | 計算 | 事由 | 受付年月日 |
| 20142 | | | 4 | | | | | | | | 114 | |

※太枠の中のみ記入してください。

| | | | |
|--------------------------|----|-----------|--|
| 母子(準母子) 医療費等助成申請書 | | | |
| 福井市長あて | | 平成 年 月 日 | |
| 受給者 (保護者) | 住所 | 福井市 | |
| | 氏名 | _____ (印) | |

次のとおり医療費等助成の申請をします。 (印)

| | | | | |
|-----|-------|-------|--------|-----------------|
| 受診者 | 対象者番号 | 0 1 4 | 医療保険種別 | 1国保 2退職 3国組 4協会 |
| | 氏名 | _____ | | 5日雇 6組合 7船員 8共済 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | |

- (注) ① 上記申請書欄は申請者が記入して下さい。
 ② 診療を受けた月の翌月から起算して1年以内に子ども福祉課へ提出して下さい。
 ③ 下記の領収証明書に記載がない場合は、一部負担金を支払った旨を証する書類(保険診療分が明示された領収書等)を提出して下さい。

| | | | |
|--------------|----------------|---------------|--|
| 領収証明書 | | 平成 年 月 日 | |
| (平成 年 月分) | | | |
| 入院・外来区分 | 1 入院 2 外来 | 入院時食事療養費定額負担分 | |
| 保険診療総点数 | 点 | 日分 | |
| 保険診療一部負担金 | 円 | 円 | |
| (受診者) | 住所 | _____ (印) | |
| | 名称 | _____ | |
| | 医療機関等氏名 | _____ | |
| 様 | | | |

医療機関の方へ
 この証明書は母子家庭等医療費等助成のために使用するもので、お手数ですがご協力ください。
 点数及び金額は、保険診療の対象分のみ記入してください。

| | | | |
|----|----|----|-----|
| 負担 | 高額 | 特疾 | 保険率 |
| 1 | | | |

| | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|
| A 総医療費 | B 本人負担 | C 附加給付 | D 高額療養 | E 他負担 | F 助成額 | 現償 |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

| | |
|------|--------|
| 算出基礎 | 食事療養費 |
| | _____ |
| | 薬剤負担金 |
| | _____ |
| | 支給月 |
| | データNo. |
| | _____ |