

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
20145											11	

※太枠の中のみ記入してください。

父子医療費等助成申請書	
福井市長 へ	令和 年 月 日
受給者 住所 (保護者) 福井市	
氏名	(印)

次のとおり医療費等助成の申請をします。

受診者	対象者番号								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ください。
 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)を提出してください。

領収証明書		令和 年 月 日
(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 名称 医療機関等 氏名	(印)
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.