

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	診療年月日
201	32							2			11	

太わくの中のみ記入してください。

子ども医療費助成申請書

福井市長 あて

令和3年4月1日

受給者 住所 福井市大手3丁目10番1号
 (保護者) ふくい たろう
 ふりがな
 氏名 福井 太郎 (※)

(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください。

下記のとおり医療費助成の申請をします。

受診者	対象者番号	3 1 2 3 4 5 6	医療 保険 種別	1 国保	2 退職	3 国組	4 協会
	ふりがな 氏名	ふくい はなこ 福井 花子		5 日雇	6 組合	7 船員	8 共済
	生年月日	平成 23年 4月 3日					

領収証明書 (年 月分) 年 月 日

入院・外来区分	1 入院 2 外来	入院時食事療養費 標準負担額
保険診療総点数	点	日分
保険診療一部負担金	円	円

住所
 医療機関等 名称
 氏名 (※)

(受診者) (※) 本人 (代表者) が手書きしない場合は記名押印してください。

様

- (注) ① 上記申請書欄は受給者(受給者であった者を含む。)が記入してください。
 ② 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。
 ③ 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。
 ④ 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。

総医療費	本人負担	附加給付	高額療養費	他負担	助成額	現 償	食 事 療 養 費	支給月
						0		

算出基礎	受付	日数	受給者 負担額
	確認	小・中学生	未就学児
		家族合算の有無	
	あり	なし	

子ども医療費助成申請書

福井市長 あて

令和3年4月1日

受給者 住所
(保護者)

福井市大手3丁目10番1号

ふくい たろう

ふりがな
氏名

福井 太郎


(※)

(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください。

下記のとおり医療費助成の申請をします。

受診者	対象者番号	3	1	2	3	4	5	6	医療保険種別	1 国保 2 退職 3 国組 4 協会 5 日雇 6 組合 7 船員 8 共済
	ふりがな氏名	ふくい はなこ 福井 花子								
	生年月日	平成 23 年 4 月 3 日								

福井市 子ども医療費受給者証

公費負担者番号	8 0 1 8 7 0 1 6		
対象者番号	3 1 2 3 4 5 6		
加入保険	社保 ○○○組合		
子ども	住所	福井市大手3丁目10番1号	
	氏名	福井 花子	
	生年月日	平成 23 年 4 月 3 日	男
保護者	住所	福井市大手 3 丁目 10 番 1 号	
	氏名	福井 太郎	
自己負担	通院	1 医療機関ごとに 500 円/月 薬局は無し	
	入院	1 医療機関ごとに 500 円×日数 (上限 4,000 円/月)	
有効期間	令和 2 年 4 月 1 日 から	令和 9 年 3 月 31 日 まで	
令和 2 年 4 月 1 日 交付			
見本		福井市長	

助成申請書の対象者番号記載欄は、
受給者証上部にある番号を記載して
ください。

助成申請書の受給者記載欄は、受給者証に
ある「保護者」の氏名を記入してください。