

保康医療機関の
所在地及び名称

保健医療機関コード：

[illegible][illegible]

医療費助成事業総括表

平成15年12月診療分

保険医療機関コード: 0125344

福井県福井市順化1-24-43
保険医療機関のメディコムクリニック
所在地及び名称

市町村 コード	市町村名称	重度心身障害者(児)医療費		乳幼児医療費		母子家庭等医療費(母子)		母子家庭等医療費(寡婦)		父子家庭医療費		計	
		事業コード	1及び2 一部負担金	事業コード	3 一部負担金	事業コード	4及び5 一部負担金	事業コード	6及び7 一部負担金	事業コード	8及び9 一部負担金		
		件数		件数		件数		件数		件数		件数	一部負担金
01	福井市	3	4,880	3	3,960	4	8,670					10	17,510
02	敦賀市												
03	武生市	1	2,880			1	1,870					2	4,750
04	小浜市												
05	大野市												
06	勝山市												
07	鯖江市												
51	美山町												
52	松岡町												
53	永平寺町												
54	上志比村			1	680							1	680
55	和泉村												
56	三国町												
57	芦原町												
58	金津町												
59	丸岡町												
60	春江町												
61	坂井町												
62	今立町												
63	池田町												
64	南条町												
65	今庄町												
66	河野村												
67	朝日町												
68	宮崎村												
69	越前町												
70	越廼村												
71	織田町												
72	清水町												
73	三方町												
74	美浜町												
75	上中町												
76	名田庄村												
77	高浜町												
78	大飯町												
	合計	4	7,760	4	4,640	5	10,540					13	22,940

見本

※一部負担金については、できるだけ記入してください。なお、その額は医療費助成事業対象者が窓口で支払った医療保険給付対象の一部負担金のすべし。 (食事療養費・薬費・療養費・公費負担金・公費対象患者負担額・公費負担分食事療養費・薬費・療養費を含む。) としてください。

福国連第 263号

平成16年3月9日

各保険医療機関 殿

福井県国民健康保険団体連合会

事務局長 福 永 迪 代

(公印省略)

市町村合併に伴う保険者番号等の変更について

平成16年3月1日に芦原町と金津町が合併し、あわら市となります。これに伴い、保険者番号及び国民健康保険被保険者証等が下記のとおり変更となりますので、各保険医療機関等におかれましては、被保険者証を確認のうえ処理いただきますようお願いいたします。

○保険者番号・市町村番号

区 分	保険者名	保険者番号・市町村番号	
変更後	あわら市	国保一般	180083
		国保退職	67180083
		老人保健	27180082
変更前	芦原町	国保一般	180570
		国保退職	67180570
		老人保健	27180579
	金津町	国保一般	180588
		国保退職	67180588
		老人保健	27180587

○被保険者（退職被保険者）記号・番号

証記号 : 井あ

証番号 : 2××-×××-×× (芦原町)

3××-×××-×× (金津町)

○老人保健受給者番号

受給者番号 : 57××××× (芦原町)	} 合併前にすでに老人保健 適用の方
: 58××××× (金津町)	
: 8×××××× (あわら市)	

福国連第 234 号

平成 16 年 3 月 9 日

各保険医療機関等の長 様

福井県国民健康保険団体連合会

事務局長 福 永 迪 代

(公 印 省 略)

市町村合併に伴う医療費助成事業総括表(様式第 1 号)の一部変更について (依頼)

日頃、本会の事業運営に深いご理解とご協力を頂き厚く御礼申し上げます。

さて、このたび芦原町・金津町が合併し「あわら市」が新設されるのに伴い、「医療費助成事業総括表(様式第 1 号)」の様式を下記のとおり一部変更することとなりました。

つきましては、平成 16 年 3 月診療分(4 月提出分)より別紙様式によりご提出いただきますようお願い申し上げます。

記

○今回の変更点

医療費助成事業総括表(様式第 1 号)中の「市町村コード」および「市町村名称」欄に以下の項目を追加。

市町村コード	08
市町村名称	あわら市

福国連第 244 号
平成 15 年 3 月 10 日

各保険医療機関

福祉医療費助成事業担当係 殿

福井県国民健康保険団体連合会
事務局長 福 永 迪 代
(公 印 省 略)

医療費助成事業対象者一覧表記載内容の一部変更について（お願い）

日頃、本会の事業運営にご協力頂き厚く御礼申し上げます。

さて、この度、医療費助成事業において、昨年 10 月健保法改正に伴い、「医療費助成事業対象者一覧表」の記載内容について下記のように一部変更することとなりました。つきましては、平成 15 年 4 月診療分より別添様式により提出して下さい、よろしくお願いいたします。

記

・「医療費助成事業対象者一覧表」変更点

- (1) 対象者の『生年月日』について、従来の「生年」を「生年月日」まで記入して下さい。
- (2) 対象者の『入外区分』について、従来の「入院：1 外来：2」を診療報酬明細書の「本人・家族」欄と同様の「0～9」までの番号で記入して下さい。

※上記内容については別紙参照。

件数	一般負担金	公費対象患者負担額	食料衛生費患者負担額	公費負担分 食料衛生費患者負担額
〇**				
2	合計			

医療費助成事業対象者一覽表

分縣分月
年
成平

保険医療機関の所在地及び名称

下段は食事源養費の日数を記入

診療報酬明細書の「本人・家族」欄と同様の0～9
までの番号を記載してください

生年 月 日まで記載してください。

平成 年 月分 乳幼児医療費助成金請求書

平成 年 月 日

鯖江市長殿

医療機関等の所在地および名称
開設者氏名

請求金額					円
------	--	--	--	--	---

本書のとおり、医療費の内容を証明し、助成金を請求します。

医療機関
コード

1	8								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

明 細 書

No.	受給者番号	氏名	入院 診療 外日 数	診療 点数	保険 診療 点数	請求金額	保険種別	本人 被扶養者
1	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
2	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
3	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
4	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
5	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
6	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
7	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
8	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
9	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
10	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
11	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
12	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
13	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
14	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
15	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
16	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
17	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
18	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
19	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
20	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本人 2.被扶養者
小計								
合計								

- 1. 国保・退職・政管健保以外の保険はこの様式で請求できません。
- 2. 請求は、国保・退職・政管健保ごとに用紙を改めてください。
- 3. 医療機関等の名称の欄は、1枚ごとに押印してください。
- 4. 月単位に診療報酬明細書別に記入してください。
- 5. 高額療養費に該当する場合はこの様式で請求できません。

枚数	枚の内
----	-----

(市提出)

平成 年 月分 乳幼児医療費助成金請求書

平成 年 月 日

医療機関等の所在地および名称
開設者氏名

鯖江市長殿

請求金額					円
------	--	--	--	--	---

本書のとおり、医療費の内容を証明し、助成金を請求します。

医療機関 コード	18	
-------------	----	--

明 細 書

No.	受給者番号	氏名	入院外 2	診療 実日数	保険 診療 点数	請求金額	保険種別	本 被 扶 養 者
1	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
2	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
3	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
4	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
5	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
6	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
7	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
8	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
9	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
10	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
11	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
12	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
13	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
14	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
15	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
16	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
17	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
18	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
19	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
20	073		2				1.国保 2.退職 4.政管	1.本 人 2.被扶養者
小 計								
合 計								

- 1. 国保・退職・政管健保以外の保険はこの様式で請求できません。
- 2. 請求は、国保・退職・政管健保ごとに用紙を改めてください。
- 3. 医療機関等の名称の欄は、1枚ごとに押印してください。
- 4. 月単位に診療報酬明細書別に記入してください。
- 5. 高額療養費に該当する場合はこの様式で請求できません。

枚数	枚の内
----	-----

平成 年 月分 乳幼児医療費助成金請求書

平成 年 月 日

医療機関等の所在地および名称
開設者氏名

鯖江市長殿

請求金額

本書のとおり、医療費の内容を証明し、助成金を請求します。

医療機関
コード

18

明 細 書

No.	受給者番号	氏名	大 小 児 科 外 科 診 療 日 数	保 険 診 療 点 数	請 求 金 額	保 険 種 別	本 人 被 扶 養 者
1	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
2	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
3	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
4	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
5	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
6	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
7	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
8	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
9	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
10	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
11	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
12	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
13	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
14	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
15	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
16	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
17	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
18	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
19	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
20	073		2			1. 国保 2. 退職 4. 政管	1. 本人 2. 被扶養者
	小 合	計					

1. 国保・退職・政管健保以外の保険はこの様式で請求できません。
2. 請求は、国保・退職・政管健保ごとに用紙を改めてください。
3. 医療機関等の名称の欄は、1枚ごとに押印してください。
4. 月単位に診療報酬明細書別に記入してください。
5. 高額療養費に該当する場合はこの様式で請求できません。

枚数

枚の内

平成 年 月分 母子家庭等医療費助成金請求書

平成 年 月 日

医療機関等の所在地および名称
開設者氏名

鯖江市長殿

請求金額					円
------	--	--	--	--	---

本書のとおり、医療費の内容を証明し、助成金を請求します。

医療機関
コード

明 細 書

[illegible]

1. 保険種別欄には、1:国保、2:退職、4:政管(継続含む)のうち該当番号を記入してください。
2. 本人家族欄には、1:本人、2:家族のうち該当番号を記入してください。
3. 国保・退職・政管(継続含む)以外の保険はこの様式で請求できません。
4. 請求は、国保・退職・政管(継続含む)ごとに用紙を改めてください。
5. 医療機関等の名称の欄は、1枚ごとに押印してください。
6. 月単位に診療報酬明細書別に記入してください。
7. 高額療養費に該当する場合はこの様式で請求できません。

枚数

枚の内

(市提出)

平成 年 月分 母子家庭等医療費助成金請求書

平成 年 月 日

医療機関等の所在地および名称
開設者氏名

鯖江市長 殿

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

本書のとおり、医療費の内容を証明し、助成金を請求します。

医療機関
コード

明 細 書

No.	受給資格者番号	受診者氏名	入院外 2	診療 実日 療数	保険診療 点	療数	一部負担金	薬 一部負担金	剤 一部負担金	保険 種別	本人 家族
1	07		2								
2	07		2								
3	07		2								
4	07		2								
5	07		2								
6	07		2								
7	07		2								
8	07		2								
9	07		2								
10	07		2								
11	07		2								
12	07		2								
13	07		2								
14	07		2								
15	07		2								
16	07		2								
17	07		2								
18	07		2								
19	07		2								
20	07		2								
小 計											
合 計											

1. 保険種別欄には、1:国保、2:退職、4:政管(継続含む)のうち該当番号を記入してください。
2. 本人家族欄には、1:本人、2:家族のうち該当番号を記入してください。
3. 国保・退職・政管(継続含む)以外の保険はこの様式で請求できません。
4. 請求は、国保・退職・政管(継続含む)ごとに用紙を改めてください。
5. 医療機関等の名称の欄は、1枚ごとに押印してください。
6. 月単位に診療報酬明細書別に記入してください。
7. 高額療養費に該当する場合はこの様式で請求できません。

枚数 枚の内

平成 年 月分 母子家庭等医療費助成金請求書

平成 年 月 日

医療機関等の所在地および名称
開設者氏名

鯖江市長殿

請求金額					円
------	--	--	--	--	---

本書のとおり、医療費の内容を証明し、助成金を請求します。

医療機関
コード

1	8
---	---

明 細 書

No.	受給資格者番号	受診者氏名	入院外 診療日数	保険診療 点	療点数	一部負担金	薬 一部負担金	剤	保険 種別	本人 家族
1	07		2							
2	07		2							
3	07		2							
4	07		2							
5	07		2							
6	07		2							
7	07		2							
8	07		2							
9	07		2							
10	07		2							
11	07		2							
12	07		2							
13	07		2							
14	07		2							
15	07		2							
16	07		2							
17	07		2							
18	07		2							
19	07		2							
20	07		2							
小計										
合										

1. 保険種別欄には、1:国保、2:退職、4:政管(継続含む)のうち該当番号を記入してください。
2. 本人家族欄には、1:本人、2:家族のうち該当番号を記入してください。
3. 国保・退職・政管(継続含む)以外の保険はこの様式で請求できません。
4. 請求は、国保・退職・政管(継続含む)ごとに用紙を改めてください。
5. 医療機関等の名称の欄は、1枚ごとに押印してください。
6. 月単位に診療報酬明細書別に記入してください。
7. 高額療養費に該当する場合はこの様式で請求できません。

枚数

枚の内

平成 年 月分 重度心身障害者(児)医療費助成金請求書 (一般)

平成 年 月 日

医療機関等の所在地および名称
開設者氏名

鯖江市長殿

請求金額					円
------	--	--	--	--	---

本書のとおり、医療費の内容を証明し、助成金を請求します。

医療機関
コード

1	8	
---	---	--

明 細 書

[illegible]

1. 保険種別欄には、1:国保、2:退職、4:政管(継続含む)のうち該当番号を記入してください。
2. 本人家族欄には、1:本人、2:家族のうち該当番号を記入してください。
3. 国保・退職・政管(継続含む)以外の保険はこの様式で請求できません。
4. 請求は、国保・退職・政管(継続含む)ごとに用紙を改めてください。
5. 医療機関等の名称の欄は、1枚ごとに押印してください。
6. 月単位に診療報酬明細書別に記入してください。
7. 高額療養費に該当する場合はこの様式で請求できません。

枚数

枚の内

(市提出)

平成 年 月分 重度心身障害者(児)医療費助成金請求書 (一般)

平成 年 月 日

医療機関等の所在地および名称
開設者氏名

鯖江市長殿

請求金額

本書のとおり、医療費の内容を証明し、助成金を請求します。

医療機関
コード

18

明 細 書

No.	受給資格証番号	受診者氏名	入院 外 ₂	診療 実日数	保険診療 点 数	一部負担金	薬 剤 一部負担金	保険 種別	本人 家族
1	071		2						
2	071		2						
3	071		2						
4	071		2						
5	071		2						
6	071		2						
7	071		2						
8	071		2						
9	071		2						
10	071		2						
11	071		2						
12	071		2						
13	071		2						
14	071		2						
15	071		2						
16	071		2						
17	071		2						
18	071		2						
19	071		2						
20	071		2						
小 計									
合 計									

1. 保険種別欄には、1:国保、2:退職、4:政管(継続含む)のうち該当番号を記入してください。
2. 本人家族欄には、1:本人、2:家族のうち該当番号を記入してください。
3. 国保・退職・政管(継続含む)以外の保険はこの様式で請求できません。
4. 請求は、国保・退職・政管(継続含む)ごとに用紙を改めてください。
5. 医療機関等の名称の欄は、1枚ごとに押印してください。
6. 月単位に診療報酬明細書別に記入してください。
7. 高額療養費に該当する場合はこの様式で請求できません。

枚数

枚の内

平成 年 月分 重度心身障害者(児)医療費助成金請求書 (一般)

平成 年 月 日

医療機関等の所在地および名称
開設者氏名

鯖江市長殿

請求金額						円
------	--	--	--	--	--	---

本書のとおり、医療費の内容を証明し、助成金を請求します。

医療機関
コード

1	8																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

明 細 書

No.	受給資格証番号	受診者氏名	入院 外2	診療 実日数	保険診療 点	診療 数	一部負担金	薬 一部負担金	剤	保険 種別	本人 家族
1	071		2								
2	071		2								
3	071		2								
4	071		2								
5	071		2								
6	071		2								
7	071		2								
8	071		2								
9	071		2								
10	071		2								
11	071		2								
12	071		2								
13	071		2								
14	071		2								
15	071		2								
16	071		2								
17	071		2								
18	071		2								
19	071		2								
20	071		2								
小 計											
合 計											

1. 保険種別欄には、1:国保、2:退職、4:政管(継続含む)のうち該当番号を記入してください。
2. 本人家族欄には、1:本人、2:家族のうち該当番号を記入してください。
3. 国保・退職・政管(継続含む)以外の保険はこの様式で請求できません。
4. 請求は、国保・退職・政管(継続含む)ごとに用紙を改めてください。
5. 医療機関等の名称の欄は、1枚ごとに押印してください。
6. 月単位に診療報酬明細書別に記入してください。
7. 高額療養費に該当する場合はこの様式で請求できません。
- 枚数
- 枚の内

あわらし 重度心身障害者医療費受給者証

対象者番号			
加入 医療保険			
対象者	住所		
	氏名		
	生年月日		
受給者	住所		
	氏名		扶養 本人
有効期間			
平成 16 年 福井県 あわらし市 長職務執行者印			

あわらし市長職務執行者