

福祉医療（障害者・子ども・一人親家庭等）助成事業にかかる

手続きの変更について

平成26年4月に提出分（平成26年3月受診分、および、月おくれ分）から、

変更になります。3月提出分までは、今までどおりです。

★提出先が変更 平成26年3月提出分まで → 県内各市町

平成26年4月提出分から → 三重県国民健康保険団体連合会へ

★領収証明書などの様式が変更

(新しくなる様式) 「領収証明書(単票)」、「領収証明 一覧表」、「領収証明書送付書」

(新たにお願いする様式) 「福祉医療費紙媒体送付書」 → 4月提出分から添付してください。

◎様式（記入例）は、すべて、連合会のホームページからダウンロードできます。

医療機関のパソコンに様式を持っている場合、および、一覧表の様式をお使いの場合は、新しい

様式のダウンロードをお願いします。(連合会のHP：<http://www.kokuhoren-mie.or.jp>)

※CD-Rにてデータの形にして連合会へ提出することもできます。

★提出の方法

連合会あての送付専用シール（※）を封筒に貼付して投函してください。

(※) 専用シールは、2月半ば頃、連合会から各医療機関へ送付の予定です。

★お問い合わせ先

(1) 障害者医療：四日市市役所 3階 障害福祉課 TEL354-8163

(2) 子ども・一人親家庭等：四日市市総合会館 3階 こども保健福祉課 Ⅷ354-8083

福 祉 医 療 費 領 収 証 明 書				
市(町)長 様		(福祉医療費助成申請書)		
		(申請者記入欄) 下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。		
		平成 年 月 日		
1 障がい者 2 一人親家庭等 3 子ども 4 その他1 (伊勢市－寡婦、紀宝町－老人) 5 その他2 (津市－妊産婦・精神障害者 御浜町－寡婦、紀宝町－寡婦)		住 所 〒		氏 名
※ 該当する番号を○で囲んでください。		市 町 コ ー ド		
受 給 資 格 証 番 号	氏 名	性 別	生 年 月 日	
		1男・2女	1明・2大・3昭・4平 年 月 日	
医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)				
診 療 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 (額)	(円)	(円)	(円)	(円)
	参 考		点	点
※1 一 部 負 担 額			円	円
公 費 ・ (長) 区 分				
公 費 請 求 点 数			点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 額	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			
上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。				
医療機関コード		平成 年 月 日		
所 在 地 〒				
名 称				
医療機関等 開設者氏名		印		
電 話 番 号				

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

領 收 証 明 一 覽 表

第7号様式（その1）

(第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く)

[illegible]

※一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

		平成	年	月	日										
医療機関等	医療機関コード														
	所 在 地	〒 ー													
	名 称														
	開 設 者 氏 名														
	電 話 番 号	ー ー													

医 療 機 関 コ ー ド									
県番号		区分	地区コード		連 番				CD

領 収 証 明 書 送 付 書

平成 年 月 日

市(町)長 様

所 在 地 〒

医療機関等 名 称

参 考

福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

市 町 コ ー ド			
送 付 月		平成 年 月	
証 明 件 数			件
内 訳	障 が い 者		件
	一 人 親 家 庭 等		件
	子 ど も		件
	そ の 他 1 (※ 1)		件
	そ の 他 2 (※ 2)		件
郵 送 料			円

※1 その他1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人)

※2 その他2 (津市一妊娠婦・精神障害者、御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦)

平成 年 月 日

平成 年 月送付分 福祉医療費紙媒体送付書

三重県国民健康保険団体連合会 様
住 所 〒

名 称
電話番号

医 療 機 関 コ ー ド	・	・	・	・	・	・	・	・
点 数 表 区 分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護							
療 養 費 区 分	柔整 ・ 鍼灸 ・ マッサージ							
提 出 方 法	領収証明書 ・ 領収証明一覧表							

※ 該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

《内訳》

市町 コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄	市町 コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄
001	津 市	件	件	053	木 曽 岬 町	件	件
002	四 日 市 市	参 考			東 員 町	件	件
003	伊 勢 市				菰 野 町	件	件
004	松 阪 市				朝 日 町	件	件
005	桑 名 市	件	件	062	川 越 町	件	件
007	鈴 鹿 市	件	件	076	多 気 町	件	件
008	名 張 市	件	件	077	明 和 町	件	件
009	尾 鷲 市	件	件	078	大 台 町	件	件
010	亀 山 市	件	件	081	玉 城 町	件	件
011	鳥 羽 市	件	件	090	度 会 町	件	件
012	熊 野 市	件	件	103	御 浜 町	件	件
014	い な べ 市	件	件	104	紀 宝 町	件	件
015	志 摩 市	件	件	107	大 紀 町	件	件
016	伊 賀 市	件	件	108	南 伊 勢 町	件	件
				109	紀 北 町	件	件
					合 計	0 件	0 件

※ 市町別証明件数をご記入ください。