

記載例

富山市子ども医療費（療養費払）助成申請兼請求書

令和7年4月1日

①申請者（保護者）
子ども医療費受給資格証に記載されている保護者の方の氏名等をご記入ください。
②受給資格番号
子ども医療費受給資格証に記載されている受給資格番号をご記入ください。

① 申請・請求及び依頼者（保護者）

〒930-8510
住所 富山市新桜町7番38号
氏名 富山 太郎
(連絡先TEL 076-443-2249)

の交付を申請します。請求します。なお、下記

③加入保険
お子様の健康保険資格情報をご記入ください。

受給資格番号	② 123456	加入保険	記号・番号	③ 123-456
氏名	富山 二郎	保険種別	国保・健保・船員・国共済・地共済・私学共済	
生年月日	令和4年1月1日	保険者番号及び名称	160010 富山市国保	

④ 年 月分 保険診療領収書（入院・通院）

子ども氏名		診療日数		日間
保険診療合計 (食事療養費を除く。)		円	他法による	円
申請者からの領収額 (食事療養費を除く。)				円
上記のとおり領収しました。				月 日
医療機関等の所在地及び名称 開設者氏名				印

④太枠内
医療機関等が記入する証明欄です。領収書を紛失した場合や、領収書に必要事項（保険診療点数、領収額等）の記載がない場合等、必要に応じてご利用ください。
(証明は診療年月ごとに必要です。)

※ 助成内訳	保険診療合計金額	控除額				
	円	保険等負担分	高額療養費	他法公費負担分	附加給付分	計
	円	円	円	円	円	円
	自己負担額	一部負担金		交付決定額		
	円		円		円	

振込先	口座振替指定金融機関	⑤ 婦中	銀行 金庫 農協	富山	支店 出張所
指定口座	① 普通	2 当座	口座番号(右づめで記入)		
	フリガナ	トヤマ ハナコ			
	口座名義	富山 花子			⑤振込先 申請者（保護者）名義の口座をご記入ください。 申請者（保護者）名義以外の口座を希望される場合は、委任欄に申請者（保護者）の署名が必要です。

(注) 1 この用紙は、病院等に診療金額をいったん
す。
2 この用紙には医療機関等から発行された領収書を添付してください。領収書がない場合は、この用紙の太枠欄を医療機関に記入してもらってください。
3 ※欄は、市で記入します。

助成金の領収については、口座名義の者を代理人と定め権限を委任します。
(保護者氏名) 富山 太郎
地区センター