

福祉医療費紙媒体（領収証明書または領収証明一覧表）の提出について

《提出様式等・記入例及び記載要領》

①福祉医療費紙媒体送付書 記入例 [資料 No.1](#)

②領収証明書送付書 記入例 [資料 No.2](#)

③福祉医療費領収証明書 記入例 [資料 No.3](#)

④領収証明一覧表 記入例 [資料 No.4](#)

⑤領収証明書コード表 [資料 No.5](#)

⑥領収証明書（個票）記載要領 [資料 No.6](#) 、領収証明一覧表記載要領 [資料 No.7](#)

※毎月提出する書類

「①福祉医療費紙媒体送付書」

「②領収証明書送付書」

「③福祉医療費領収証明書」または「④領収証明一覧表」

※「③福祉医療費領収証明書」と「④領収証明一覧表」は、どちらかの様式を提出してください。

《綴じ方》

①領収証明書等提出方法（綴じ方） [資料 No.8](#)

記入例

令和 〇 年 〇 月 〇 日

令和 〇 年 〇 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

医療機関の所在地・名称・電話番号を記入してください。

住 所 〒 514 - 9999

連合会への提出年月を記入してください。

三重県津市桜橋2丁目

10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+医療機関コード7桁)を記入してください。

名 称 連合会病院

電話番号 059 - 111 - 0000

医療機関コード	2	4	1	0	5	0	9	9	9
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								

該当する提出方法を○で囲んでください。

※ 該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○

《内訳》

決定件数欄は国保連合会が使用する欄ですので記入しないでください。

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	7 件	件	053	木 曽 岬 町	1 件	件
002	四 日 市 市	5 件	件	056	東 員 町	件	件
003	伊 勢 市	件	件	059	菰 野 町	件	件
004	松 阪 市	3 件	件	061	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	3 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	2 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	2 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	2 件	件
証明件数合計を記入してください。				109	紀 北 町	件	件
※ 市町別証明件数を○記入してください。				合 計		25 件	件

各市町毎に送付書の証明件数を記入してください。

【証明件数欄】
領収証明書(個票)は、1枚に4列記載ある場合は、4件と数えてください。
領収証明一覧表は、1行毎に1件と数えてください。

記入例

10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+医療機関コード7桁)を記入し

医療機関コード									
県番号		区分	地区コード		連番				CD
2	4	1	0	5	0	9	9	9	9

領収証明書送付書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

津 市(町)長 様

所在地 〒 514 - 9999

三重県津市桜橋2丁目

医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記入してください。

医療機関等 名 称 連合会病院

開設者氏名 保険 一郎

電 話 059 - 111 - 0000

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。

市町コード表を参照し、記入してください。

市 町 コ ー ド		0	0	1
送 付 月		令和 〇 年 〇 月		
証 明 件 数		25	件	
内	障 が い 者	2	件	
	一 人 親 家 庭 等	5	件	
	子 ど も	15	件	
訳	そ の 他 1 (※ 1)		件	
	そ の 他 2 (※ 2)	3	件	
郵 送 料			円	

領収証明書(個票)は、1枚に4列記載ある場合は、4件と数えてください。
領収証明一覧表は、1行毎に1件と数えてください。

内訳欄には助成種別毎に証明件数を記入してください。

連合会への提出年月を記入してください。
※診療月ではありません

各機関にて証明書料の件数の把握をする場合に記入してください。
※必須項目ではありません。

※1 その他1 (伊勢市一寡婦、紀宝町一老人、鈴
※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)

1枚を医療機関等の控えとして保管してください。

※証明書料件数欄

※証明書料件数欄	
	件

記入例

福祉医療費領収証明書

津市(町)長様

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)

※ 該当する番号を○で囲んでください。

(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。
令和 年 月 日

住所 〒
氏名

【申請者記入欄】
記入必須項目ではありません。

市町コード

001

市町コードを記入してください。

受給資格証番号

氏名

性別

生年 月 日

12345678

国保 太郎

1男・2女

3昭・4平・5令 24年 1月 1日

受給資格証の番号を記入してください。

令和 〇 年 4 月 令和 〇 年 4 月 令和 年 月 令和 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

30 日

日

日

保険請求点数 (額)

(円)

(円)

(円)

(円)

1,500 点

35,000 点

点

点

※1 一部負担額

円

80,930 円

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

標準負担

公費請求

公費標準負担分

57,600 円

23,400 円

円

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

10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+医療機関コード7桁)を記入してください。

記載の必要はありません。

、所定の一部を証明します。

令和 〇 年 5 月 10 日

医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・電話番号を記入してください。

所在地 〒 514-9999 三重県津市桜橋2丁目

名称 連合会病院

開設者氏名 保険 太郎

電話番号 059-111-0000

※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。

(松阪市・多気町・明和町・大台町の一部現物給付を除く)

※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。

記入例

領 収 証 明 一 覧 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)

市町コード	助成種別	受給資格証番号	氏 名	性別	生年月日	診療年月	一部負担割合	入院	入院日数	保険請求点数	※一部負担額	公費・長区分	公費請求点数(額)	公費・長一部負担額	入	院	時	食	事	療	養	費	処方せん発行区分	備考
															保険請求分	標準負担分	公費請求分	公費標準負担分						
001	3	12345678	国保 太郎	1	4240101	50404	3			35, 000	80, 930				57, 600	23, 400						1		
該当する市町コードを記入してください。 (コード表参照)																								
1男性・2女性を記入してください。 (コード表参照)																								
生年月日は3昭和・4平成・5令和を含む数字7桁を記入してください。 (コード表参照)																								
同一診療月に入院と外来がある場合は、2行に分けて記入してください。																								
公費番号を記入してください。 (コード表参照) マル長「99」と公費併用の場合はマル長を優先し99を記載してください。																								
処方せんの発行がある場合のみ1と記入してください。 (コード表参照)																								
【注意事項】 ・一覧表は市町単位に作成 ・各項目順は原本とおり ・助成種別順に入力 ・点数、金額はカンマ区切り ・用紙サイズはA4 ・フォントサイズは氏名10サイズ、備考は11サイズ 以外は18サイズ(参考) ・excelシートサイズは58%(参考) 領収証明一覧表の様式は統一です。																								
	3	12345678				50404	3	1	30		80, 930													
該当する福祉医療費助成種別コード番号を記入してください。 (コード表参照)																								
受給資格証の番号を記入してください。																								
診療年月は4(平成)・5(令和)を含む数字5桁を記入してください。																								
負担割合は数字を記入してください。 (コード表参照)																								
入院の場合のみ1と記入してください。 (コード表参照)																								
一部負担額欄が※の場合は記入してください。																								
10桁(都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+医療機関番号1桁)																								

※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。

(松阪市・多気町・明和町・大台町の一部現物給付を除く)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療機関等	医療機関コード	2	4	1	0	5	0	9	9	9	9
	所 在 地	〒 514 - 9999 三重県津市桜橋 2 丁目									
	名 称	連合会病院									
	開 設 者 氏 名	保 険 一 郎									
	電 話 番 号	059 - 111 - 0000									

医療機関等の所在地・名称・開設者氏名・
電話番号を記入してください。

10桁(都道府県番号2
桁(三重県24)+点数表
コード1桁+医療機関
コード7桁)を記入してく
ださい。

領収証明書コード表

項目名称	コード	内容
点数表コード	1	医科
	3	歯科
	4	調剤
	6	訪問看護
	7	鍼灸
	8	柔整
	9	マッサージ
市町村コード	001	津市
	002	四日市市
	003	伊勢市
	004	松阪市
	005	桑名市
	007	鈴鹿市
	008	名張市
	009	尾鷲市
	010	亀山市
	011	鳥羽市
	012	熊野市
	014	いなべ市
	015	志摩市
	016	伊賀市
	053	木曽岬町
	056	東員町
	059	菰野町
	061	朝日町
	062	川越町
	076	多気町
	077	明和町
	078	大台町
	081	玉城町
	090	度会町
	103	御浜町
	104	紀宝町
	107	大紀町
	108	南伊勢町
	109	紀北町
助成種別	1	障がい者医療
	2	一人親家庭等医療
	3	子ども医療
	4	その他 1
	5	その他 2

項目名称	コード	内容
性別	1	男
	2	女
年号	1	明治
	2	大正
	3	昭和
	4	平成
	5	令和
負担割合	1	1割負担
	2	2割負担
	3	3割負担
入外区分	1	入院
	Null	外来
公費・マル長区分	10	感染症予防医療法の結核治療・適正医療（３７条の２）
	11	感染症予防医療法の結核治療・入院医療（３７条）
	13	戦傷病者特別援護法・療養給付
	14	戦傷病者特別援護法・更正医療
	15	更生医療（障害者総合支援法）
	16	育成医療（障害者総合支援法）
	17	療養の給付（児童福祉法）
	18	原爆・特定疾病医療（１０条）
	19	原爆・一般疾病医療（１８条）
	20	精神保健法・措置入院（２９条）
	21	精神通院医療（障害者自立支援法）
	22	麻薬取締法等による入院措置
	23	養育医療（母子保健法）
	24	療養介護医療・基準該当医療（障害者自立支援法）
	25	中国残留邦人等の医療支援給付
	28	一類感染症等の入院（３７条）
	29	新感染症等の入院（３７条）
	30	心身喪失等
	38	肝炎治療特別促進事業
	51	特定疾患治療研究事業
	52	小児慢性特定疾患治療研究事業
	53	措置医療（児童福祉法又は知的障害者福祉法）
	54	難病の患者に対する医療等に関する法律
	62	特定Ｂ型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法
	66	石綿
	79	障害児施設医療（児童福祉法）
	99	高額長期疾病に係る特定疾病療養
処方せん発行区分	1	発行あり
	Null	発行なし

＜領収証明書（個票）記載要領＞

この様式は、領収証明書・助成申請書併用です。

- 注意 ①第三者行為（損害賠償がある交通事故等）に係るものは、証明しないでください。
- ②後期高齢者医療制度の被保険者に係るものは、証明しないでください。
- ③医療保険の一部負担金を窓口で全く領収しない場合は、証明しないでください。
- ④上記以外で、公費負担で自己負担金がある場合は、当該公費を必ず記入してください。

○領収証明書記入方法

1. 該当する福祉医療費助成制度の番号を○で囲んでください。
2. 市町コードを記入してください。
3. 受給資格証番号、氏名、性別、生年月日を記入してください。
4. 診療年月（和暦）を記入してください。（一枚の領収証明書に4ヶ月分まで記入できます。）
5. 一部負担割合欄には、申請者が加入する医療保険の負担割合を○で囲んでください。
6. 入院・外来区分には、該当する区分（入院・外来）を○で囲んでください。
7. 入院の場合のみ日数を記入してください。
8. 保険請求点数（額）欄には、レセプトの請求点数又は請求金額を記入してください。
9. 一部負担額欄には、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。（ただし、松阪市・多気町・明和町・大台町の一部現物給付を除く。）
10. 公費・長区分には公費負担医療制度の法別番号を記入してください。長の法別番号は99です。
11. 公費請求点数欄には、レセプトの公費請求点数を記入してください。この欄は長の場合は記入しないでください。
12. 公費・長一部負担額には公費負担もしくは長にて生じた一部負担金を記入してください。
13. 食事療養の記入について
 - ア. 保険請求分欄及び標準負担分欄には、医療機関で食事療養費標準負担額の支払いがある場合に記入してください。保険請求分は、レセプトの請求額になります。
 - イ. 公費請求分、公費標準負担分には、公費による給付となるものについて記入してください。（アには、イの分を含めて記入してください。）
14. 処方せん発行区分欄には、該当する区分（有・無）を○で囲んでください。
15. 処方せん発行医療機関欄は、記入しないでください。
16. 処方せん発行医療機関番号欄は、記入しないでください。
17. 証明書料欄は申請書の場合だけ記入してください。（証明書料は徴収しないでください。）
18. 医療機関コード、提出日、郵便番号、所在地、名称、開設者氏名、電話番号を記入してください。

○助成申請書記入方法

1. 領収証明方式によらない申請書方式の場合は、医療機関が証明した助成申請書を、申請者が市町に提出してください。
2. 申請者が、市町名、申請者記入欄の住所、氏名を記入してください。
3. 証明欄の記入方法は、領収証明書の記入方法と同じです。

＜領収証明一覧表記載要領＞

この様式は、領収証明一覧表です。

- 注意 ①第三者行為（損害賠償がある交通事故等）に係るものは、証明しないでください。
 ②後期高齢者医療制度の被保険者に係るものは、証明しないでください。
 ③医療保険の一部負担金を窓口で全く領収しない場合は、証明しないでください。
 ④上記以外で、公費負担で自己負担金がある場合は、当該公費を必ず記入してください。

○領収証明一覧表記入方法

1. 市町コードを記入してください。
2. 該当する福祉医療費助成制度の番号を記入してください。
3. 受給資格証番号、氏名を記入してください。
4. 性別（1 男・2 女）、生年月日は年号を含む（1 明・2 大・3 昭・4 平・5 令）和暦7桁を記入してください。
5. 診療年月は年号を含む和暦5桁を記入してください。
6. 一部負担割合欄には、申請者が加入する医療保険の負担割合を記入してください。
7. 入院・外来区分には、該当する区分（1 入院・Space 外来）を記入してください。
8. 入院診療実日数は、入院の場合のみ日数を記入してください。
9. 保険請求点数（額）欄には、レセプトの請求点数又は請求金額を記入してください。
10. 一部負担額欄には、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。
（ただし、松阪市・多気町・明和町・大台町の一部現物給付を除く。）
11. 公費・**長**区分には公費負担医療制度の法別番号を記入してください。**長**の法別番号は99です。
12. 公費請求点数欄には、レセプトの公費請求点数を記入してください。この欄は**長**の場合は記入しないでください。
13. 公費・**長**一部負担額には公費負担もしくは**長**にて生じた一部負担金を記入してください。
14. 食事療養の記入について
 - ア. 保険請求分欄及び標準負担分欄には、医療機関で食事療養費標準負担額の支払いがある場合に記入してください。保険請求分は、レセプトの請求額になります。
 - イ. 公費請求分、公費標準負担分には、公費による給付となるものについて記入してください。
（アには、イの分を含めて記入してください。）
15. 処方せん発行区分欄には、該当する区分（1 有・Space 無）を記入してください。
16. 提出日、医療機関コード、郵便番号、所在地、名称、開設者氏名、電話番号を記入してください。

領収証明書（個票）の並べ方・綴じ方

すべての様式を
紐・ホッチキスで左上
1か所留め

2枚目以降：市町コード順に並べる

市町ごとにセット

市町ごとにセット

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
令和 ○ 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 〒 514 - 9999
三重県○○市△町△丁目
名 称 ○○病院
電話番号 059 - 111 - 0000

医療機関コード	2	4	1	0	5	0	9	9	9	9
点数表区分	☒ 重料 ☐ 通常 ☐ 調剤 ☐ 訪問看護									
療養費区分	☒ 療養 ☐ 補償 ☐ 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○で記入してください。

＜内訳＞

市町コード	件数	決定件数	決定件数
001 津市	25	25	25
002 四日市市	2	2	2
003 伊賀市	2	2	2
004 松阪市	3	3	3
005 桑名市	1	1	1
006 津市	1	1	1
007 津市	1	1	1
008 津市	1	1	1
009 津市	1	1	1
010 津市	1	1	1
011 津市	1	1	1
012 津市	1	1	1
013 津市	1	1	1
014 津市	1	1	1
015 津市	1	1	1
016 津市	1	1	1
合 計	25	25	25

※ 市町別証明件数を記入してください。

【A】紙媒体送付書 1枚目

医療機関コード					
機関番号	区分	地区コード	連番	CD	
2	4	1	0	5	0 9 9 9 9

領 収 証 明 書 送 付 書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

津市(町)長 様

所 在 地 〒 514 - 9999
三重県○○市△町△丁目
医療機関等 名 称 ○○病院
開設者氏名 保険 一部

【B】領収証明書送付書
津市（001）

市町コード	0	0	1
送 付 月	令和 ○ 年 ○ 月		
証 明 件 数	25		
内 訳			
障がい者	2		
一人親家庭等	5		
子ども	15		
その他1（※1）	1		
その他2（※2）	3		
郵 送 料	円		

※1その他1 障がい者医療費助付、伊勢付一療養、足型付一療養、一部療養一療養助付
※2その他2 障がい者医療費助付、伊勢付一療養、足型付一療養

※証明案件数欄

とある 保険 太郎
番 号 059-111-0000
されたもののあしセフトの医療機関を記入してください。

療 費 領 収 証 明 書

（福祉医療費助付申請書）
下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住所 〒 514 - 9999
市町コード 0 0 1
氏名 太郎 性別 男 生 年 月 日 24年 1月 1日
目保 太郎 18才 24年 1月 1日
第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く

【C-1】領収証明書
津市（001）
助成種別 1 → 2 → 3
の順に並べる

※1その他1 障がい者医療費助付、伊勢付一療養、足型付一療養、一部療養一療養助付
※2その他2 障がい者医療費助付、伊勢付一療養、足型付一療養

※証明案件数欄

とある 保険 太郎
番 号 059-111-0000
されたもののあしセフトの医療機関を記入してください。

医療機関コード					
機関番号	区分	地区コード	連番	CD	
2	4	1	0	5	0 9 9 9 9

領 収 証 明 書 送 付 書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

四日市市 市(町)長 様

所 在 地 〒 514 - 9999
三重県○○市△町△丁目
医療機関等 名 称 ○○病院

【B】領収証明書送付書
四日市市（002）

市町コード	0	0	2
送 付 月	令和 ○ 年 ○ 月		
証 明 件 数	25		
内 訳			
障がい者	2		
一人親家庭等	5		
子ども	15		
その他1（※1）	1		
その他2（※2）	3		
郵 送 料	円		

※1その他1 障がい者医療費助付、伊勢付一療養、足型付一療養、一部療養一療養助付
※2その他2 障がい者医療費助付、伊勢付一療養、足型付一療養

※証明案件数欄

とある 保険 太郎
番 号 059-111-0000
されたもののあしセフトの医療機関を記入してください。

療 費 領 収 証 明 書

（福祉医療費助付申請書）
下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住所 〒 514 - 9999
市町コード 0 0 2
氏名 太郎 性別 男 生 年 月 日 24年 1月 1日
目保 太郎 18才 24年 1月 1日
第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く

【C-1】領収証明書
四日市市（002）
助成種別 1 → 2 → 3
の順に並べる

※1その他1 障がい者医療費助付、伊勢付一療養、足型付一療養、一部療養一療養助付
※2その他2 障がい者医療費助付、伊勢付一療養、足型付一療養

※証明案件数欄

とある 保険 太郎
番 号 059-111-0000
されたもののあしセフトの医療機関を記入してください。

領収証明書（一覧表）の並べ方・綴じ方

すべての様式を
紐・ホッチキスで左上
1か所留め

2枚目以降：市町コード順に並べる

【C-2】領収証明一覧表 向き注意！
「領収証明一覧表」の文字が左側

市町ごとにセット

市町ごとにセット

令和○年○月○日
令和○年○月○日 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 〒514-9999
三重県○○市△町2丁目
名称 ○○病院
電話番号 059-111-0000

医療機関コード	2	4	1	0	5	0	9	9	9
点検表区分	内科								
療養費区分	差額								
提出方法	領収証明書								

※送付する点検表区分又は療養費区分及び提出方法を○で記入ください。

市町コード	0	0	1
004	松原市	3	件
005	桑名市	件	件
007	鈴鹿市	件	件
008	名張市	件	件
009	尾鷲市	件	件
010	亀山市	件	件
011	鳥羽市	2	件
012	熊野市	件	件
014	いなべ市	2	件
015	志摩市	件	件
016	伊賀市	件	件
108	紀北町	件	件
合計		25	件

※市町別証明件数を記入ください。

【A】紙媒体送付書
1枚目

令和○年○月○日
領収証明書送付書

津市(市)長 様
〒514-9999
三重県○○市△町2丁目
医療機関等 名称 ○○病院

医療機関コード	2	4	1	0	5	0	9	9	9
送付月	令和○年○月								
証明件数	25	件							
内訳	随がいき	2	件						
一人暮らし等	5	件							
子ども	15	件							
その他1(※1)		件							
その他2(※2)	3	件							
郵送料		円							

※1その数1 医療一般医療費助付、伊勢丹一医療、肥後町一老人、前橋町一医療助付、水曜町一医療助付
※2その数2 医療一般医療・療養費等、肥後町一医療

※証明書件数

【B】領収証明書送付書
津市(001)

【C-2】
領収証明一覧表
津市(001)
助成種別1→2→3
の順に並べる

令和○年○月○日
領収証明書送付書

四日市市(市)長 様
〒514-9999
三重県○○市△町2丁目
医療機関等 名称 ○○病院

医療機関コード	2	4	1	0	5	0	9	9	9
送付月	令和○年○月								
証明件数	25	件							
内訳	随がいき	2	件						
一人暮らし等	5	件							
子ども	15	件							
その他1(※1)		件							
その他2(※2)	3	件							
郵送料		円							

※1その数1 医療一般医療費助付、伊勢丹一医療、肥後町一老人、前橋町一医療助付、水曜町一医療助付
※2その数2 医療一般医療・療養費等、肥後町一医療

※証明書件数

【B】領収証明書送付書
四日市市(002)

【C-2】
領収証明一覧表
四日市市(002)
助成種別1→2→3
の順に並べる