

【受給者証（見本）】

赤枠内の受給者番号（7桁）を
入力してください。

こども医療費受給者証



こどもっと
KOBE

負担者番号 1 2 3 4 5 6 7 8

受給者番号

1 2 3 4 5 6 7

コウベ タロウ

氏 名 神戸 太郎

生年月日 令和 6年 1月 1日

住 所 兵庫県神戸市中央区加納町6-5-1

有効期間 令和 6年 7月 1日から令和 7年 6月 30日 まで

一部負担金 外来 2割 1日 400円まで

入院 0円

交付年月日 令和 6年 7月 1日

神戸市長

公印

この証は、兵庫県内の保険医療機関等でのみ有効です。

【資格認定通知書(見本)】

※受給している医療費助成の種類によって、多少内容は異なりますが、入力する箇所は同じです。
赤枠をご確認ください。

神〇総保第〇〇〇〇号
令和 年 月 日

〒650-8570
神戸市中央区加納町6丁目5番1号

神戸 太郎 様

神戸市〇〇区長



ひとり親家庭等高齢監護者医療費助成資格認定通知書

次のとおり資格を認定しましたので、お知らせします。

1. 資格認定対象者

氏名	生年月日	受給者番号	備考
神戸 太郎	昭和20年1月5日	1111111	

赤枠内の受給者番号(7桁)
を入力してください。

2. 資格認定期間

令和〇年7月1日 ~ 令和〇年6月30日

3. 医療費の助成方法について

医療機関を受診する際は、お持ちの「後期高齢者医療被保険者証」に記載されている一部負担金(1割~3割)を、一旦お支払ください。

払いすぎた分については、10月と4月の年2回、登録口座に払い戻します(申請の必要はありません)。

4. その他

この通知書は受給者証ではありません。本書により医療機関等の窓口で医療費の現物給付を受けることはできません。

お問い合わせ先

〒〇〇〇-〇〇〇〇

神戸市〇〇区

〇〇〇町〇丁目〇番〇号

神戸市〇〇区役所

保険年金医療課 介護医療係

電話(078) 〇〇〇-〇〇〇〇(代表)