

☆医療費助成の医療証☆

《小児医療証 (乳医療証)》

乳 医 療 証	
負担者番号	
受給者番号	
乳 幼 児 等	住所 氏名 生年月日
申請者氏名	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
自己負担上限額 (一部負担金)	
上記の者は、川崎市小児医療費助成条例により医療費の一部を川崎市が助成する者であることを証明します。	
川 崎 市 長	
交付年月日	年 月 日

発行・担当窓口
保険年金課 3F①

《ひとり親家庭医療証 (親医療証)》

親 福 祉 医 療 証	
住所	
氏名	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
発行機関名 及び印	次 の 受 給 者 は 、 川 崎 市 ひ と り 親 家 庭 等 医 療 費 助 成 条 例 に よ り 医 療 費 の 一 部 を 川 崎 市 が 助 成 す る 者 で あ る こ と を 証 明 し ま す。 川 崎 市 長
交付年月日	年 月 日

発行・担当窓口
保険年金課 3F①

《重度障害医療証 (障医療証)》

障 医 療 証	
負担者番号	8 0 1 4 5 0 0 6
受給者番号	
対 象 者	住所 氏名 生年月日
有効期間	
発行機関名 及び印	上 記 の 者 は 、 川 崎 市 重 度 障 害 者 医 療 費 助 成 条 例 に よ り 医 療 費 の 一 部 を 川 崎 市 が 助 成 す る 者 で あ る こ と を 証 明 し ま す。 川 崎 市 長
交付年月日	

発行・担当窓口
保険年金課 3F①

《特定医療費 (指定難病) 受給者証》

特定医療費 (指定難病) 受給者証			
公費負担者番号			
受給者番号			
フリガナ 氏名			
患 者	生年月日	性別	
	住所		
	保険者名		
	被保険者証の 記号及び番号	用区分	
有効期間			
自己負担 上限額	月額	円	
人工呼吸器 等 装 着	軽症高額 該当	高額かつ 長期	世帯内他指定 難病・小児慢性
保 護 者	氏名	続柄	
	住所		

発行・担当窓口
地域ケア推進課 3F⑥

《小児ぜんそく医療証 (㊦ 医療費受給証)》

㊦ 医療費受給証	
負担者番号	8 8 1 4 5 0 0 8
受給者番号	
対象者	住所 見本
	氏名 見本
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
発行機関名及び印	川崎市長 
交付年月日	年 月 日

発行・担当窓口
地域ケア推進課 3F⑥

《小児慢性特定疾病医療受給者証》

小児慢性特定疾病医療受給者証	
公費負担者番号	
受給者番号	
受診者	フリガナ 氏名 性別 生年月日
	住所 見本
	保険者名
	保険者番号 被保険者証の記号番号 適用区分
疾病名	成長ホルモン治療の有無
有効期間	
負担	自己負担割合 自己負担上限月額 入院時の食費
	人工呼吸器等装着 高額かつ長期 重症患者認定 世帯内受給者 照管区分

発行・担当窓口
児童家庭課 4F①

《成人ぜんそく医療証 (成㊦ 医療費受給証)》

成㊦ 医療証	
負担者番号	8 9 1 4 5 0 0 7
受給者番号	
受給者	住所 見本
	氏名 見本
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
疾病名	気管支ぜん息
上記療養に係る一部負担金の割合	1割 検査、画像診断等一部の医療は助成の対象となりません。
発行機関名及び印	川崎市長 
交付年月日	年 月 日

発行・担当窓口
地域ケア推進課 3F⑥

《自立支援医療受給者証 (育成医療)》

自立支援医療受給者証 (育成医療)	
公費負担者番号	
受給者番号	
受診者	フリガナ 氏名 住所 見本
	生年月日
	氏名 住所
保護者	住所
交付年月日	
文給市町村名及び印	川崎市川崎区宮本町1番地 

発行・担当窓口
児童家庭課 4F①

《自立支援医療受給者証（更生医療）》

《自立支援医療受給者証（精神通院医療）》

自立支援医療受給者証(更生医療)	
公費負担者番号	
受給者番号	
受診者	フリガナ 氏名
	〒 居住地
	生年月日
	性別
交付年月日	
支給市町村名及び印	川崎市川崎区宮本町1番地 川崎市

第22号様式 自立支援医療受給者証(精神通院医療)	
公費負担者番号	
受給者番号	
受診者	フリガナ 氏名
	〒 居住地
	生年月日
	性別
保護者	氏名
	〒 居住地
交付年月日	
支給市町村名及び印	川崎市川崎区宮本町1番地 川崎市

発行・担当窓口
高齡・障害課 4F④

発行・担当窓口
高齡・障害課 4F④

* 更新月によって証書の色は変わる場合があります。