

# 記入例

- 太枠の中をご記入ください。
- 事由発生日から30日以内に申請ください。30日を過ぎますと、申請月の初日からの認定となります。

## 福祉医療費受給者証交付申請書 (こども)

氏名		続柄	生年月日	住所	
カガナ カカミガハラ ジロウ		子	令和〇年〇月〇日	各務原市那加桜町1-69	
各務原 次郎					
個人番号					
各務原 太郎		父	平成〇年〇月〇日	■ 同上	
個人番号				●口座名義人は、被保険者または父・母となります。	
各務原 花子		母	平成〇年〇月〇日	■ 同上	
個人番号				●転入の場合のみ、転入日・前住所をご記入ください。	
証 交 付 申 請 事 由	<input type="checkbox"/> 出生		転入年月日	令和〇年〇月〇日	
	<input checked="" type="checkbox"/> 転入		転入前住所	岐阜県〇〇市〇〇〇丁目〇番地	
<input type="checkbox"/> その他 ( )					
支 払 口 座 の 指 定	金融機関名・支店名		口座種別	口座番号	口座名義
	〇〇銀行〇〇支店		普通	1234567	カカミガハラ タロウ

医療保険の加入状況	被保険者記号番号	記号	100		
		番号	1		
	被保険者氏名	カガナ カカミガハラ タロウ			
		各務原 太郎			
	被保険者個人番号	1	2	3	4
	被保険者生年月日	平成〇年〇月〇日			
	被保険者住所	同上			
	保険者名	〇〇健康保険組合、〇〇共済組合 等			
	保険者番号	12345678			
認定日	令和〇年〇月〇日				

◆医療保険の資格情報が分かるものを、太枠内に添付し、又は窓口で提示してください。  
(例：マイナポータルの画面、資格確認書、資格情報のお知らせ)

※サイズが大きい場合は裏面に貼り付けてください。

●お子様本人の医療保険の資格情報が必要です。(出生の場合のみ加入予定の医療保険の資格情報でもお手続きできます。)

< 市役所確認欄 >

提示：確認書類 ( )  
確認者 ( )

上記のとおり、各務原市福祉医療費助成制度 (こども) による受給者証の交付を申請します。

※なお、受給資格の認定の審査のため、医療保険の加入状況等の必要な情報を閲覧すること及び受給資格者に係る高額療養費の自己負担限度額の把握のため、被保険者 (国保の場合は世帯主) の税務情報を閲覧することについて承諾するとともに、認定された場合は、受給資格者であることに関する情報を医療保険の保険者へ提供することに同意します。また、高額療養費の請求及び受領について、被保険者 (国保の場合は世帯主) は、各務原市長に委任します。

(宛先) 各務原市長 申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日

申請者 住所 各務原市那加桜町1-69

氏名 各務原 太郎 (電話番号 058 - 383 - 1128)

被保険者名(国保の場合は世帯主名) 各務原 太郎

< 市役所確認欄 > (以下略)