

福祉医療費受給者証交付申請書兼受給資格者台帳(こども)

年 月 日

各務原市長
(宛先)

申請者 住所 各務原市
氏名
電話 — — —
世帯主(被保険者) 氏名

下記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。
なお、受給資格者(子)の国民健康保険法、健康保険法等による高額療養費の自己負担限度額の把握のため、健康保険加入者の税務資料の閲覧について承諾するとともに、高額療養費の請求及び受領について、世帯主(被保険者)は、各務原市長へ委任します。

氏名		続柄	生年月日		住所		
		子	H R				
個人番号							
		父	S H				
個人番号							
		母	S H				
個人番号							
加入医療保険	被保険者氏名		子との続柄		住所		
	個人番号						
	1市国保 2組合国保 3協会 4組合 5船員 6日雇 7共済		記号番号		保険者負担番号		
	保険者名		所在地				
支払場所の指定	金融機関名		口座種別	口座番号	口座名義		
	銀行 信金 農協 信組		支店	普通・当座	フリガナ		

受給資格者番号	
---------	--

※右側の台帳は記入しないでください。

有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		
転入年月日	年 月 日				
転入前住所					
交付	年 月 日				
再交付	年 月 日				
回収	年 月 日				
附加給付	無	ときの計算式 附加給付有の	1	2 支給停止	保険給付率 入 外
	有		1 公費負担のあるとき停止 2 公費負担に関係なく有 3 償還払いのとき有		
(保険変更)					
被保険者氏名 (個人番号)		保険証の記号番号		変更年月日	
				年 月 日	
保険者	名称	保険者負担番号			
	所在地				

〈市役所確認欄〉

届出人 ()	<input type="checkbox"/> 申請者	身元確認	<input type="checkbox"/> 写真付1点 (免許証・障害者手帳・個人番号カード等)	添付書類	<input type="checkbox"/> 被保証コピー
	<input type="checkbox"/> 世帯員		<input type="checkbox"/> 写真無2点 (被保証・年金手帳等)		<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> その他 ()		()