

福祉医療費受給者証交付申請書(兼)受給資格者台帳(兼)交付台帳(子ども用)

|                                                                                                                                                                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|--------------|--|----------|-----|-------|-------|----------|--------|-----|------|-----|-----|------------|----------------------------------|--|
| 受給資格者番号                                                                                                                                                                                                          |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     | 受 付   | ・   ・ |          | 決<br>裁 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 員 | 担 当        |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          | 決 裁 | ・   ・ |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          | 交 付 | ・   ・ |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
| 受給資格者                                                                                                                                                                                                            | 住所           |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  | 氏 名          |  | (                      年                      月                      日生) |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  | 個人番号         |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
| 受給者                                                                                                                                                                                                              | 住所           |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  | 氏 名          |  | 受給資格者との続柄 (                      )                                       |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  | 個人番号         |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
| 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険                                                                                                                                                                                       | 被保険者名(組合員名)  |  |                                                                          |  | 子 ども<br>との続柄 |  | 住      所 |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  | 保険種別         |  | 被保険者証                                                                    |  | 附加給付         |  | 記号番号     |     |       |       | 保険者名/所在地 |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  | 協・組・船<br>共・国 |  | 日雇特例                                                                     |  | 有・無          |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |              |  | 本人・家族                                                                    |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
| 上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。<br>なお、受給資格の認定の審査のため、受給資格者及び世帯員に係る個人情報に関する公簿等を閲覧、調査すること及び個人番号を利用して特定個人情報を取得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、世帯員及び被保険者は美濃加茂市長へ委任します。 |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
| 美濃加茂市長      (氏   名)      宛<br><br>年              月              日<br><br>申請者<br>住所      美濃加茂市<br><br>氏名<br><br>電話      (                      )                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |
| 受給者証の状況                                                                                                                                                                                                          |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     | 有効<br>期間   | ・              ・              から |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            | ・              ・              まで |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            | ・              ・              から |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            | ・              ・              まで |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     | 再交付        | ・              ・                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                  |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     | 消滅<br>(回収) | ・              ・                 |  |
| 身分確認                                                                                                                                                                                                             |              |  |                                                                          |  |              |  |          |     |       |       |          |        |     |      |     |     |            |                                  |  |