

様式第1号の1(第2条、第9条関係)

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(乳幼児等用)

受給資格者番号	受付	・	・	決 裁	課長	係長	係員	担当者		
-	決裁	・	・							
	交付	・	・							
受給資格者	住所									
	氏名	(年 月 日生)								
	個人番号									
受給資格者	住所									
	氏名	受給資格者との続柄 ()								
	個人番号									
加入医療保険	被保険者名(組合員名)	乳幼児等 との続柄	住所							
	保険種別	被保険者証別	附加給付	記号番号	保険者名/所在地					
	協・組・船 共・国	退職・日雇特例 本人・家族	有・無							
<p>上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。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。</p> <p>なお、受給資格審査・高額療養費代理請求のため職員が自己及び世帯員の税務資料、各種手当の受給状況や保険情報を閲覧・交付申請及び証明受領することについて承諾し、必要事項に関する個人情報に関係機関へ提供することに同意します。</p> <p>美濃加茂市長 宛</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住所 美濃加茂市</p> <p>氏名</p> <p>電話 () -</p>					受給者証の状況	有効期間	令和	・	・	から
							令和	・	・	まで
							令和	・	・	から
							令和	・	・	まで
						再交付	・	・		
						消滅(回収)	・	・		
身分確認										