

様式第1号の1 (第2条関係)

決 裁	課 長		係	受 付	. .	福祉医療費受給者証交付申請書 (子 ども) (兼) 受 給 資 格 者 台 帳						受 者 給 番 資 格 号	
				決 裁	. .								
				交 付	. .							(. . 変更)	
受 給 資 格 者 名	() 個人番号			生 年 月 日	年 月 日 生	住 所	中津川市	受 給 者 名	()	と の 統 続 給 資 格 者 柄	住 所		
	(. . 変更)					(. . 変更)	(. . 変更)		(. . 変更)				
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 名 (組合員名)	()			子 っ の 統 続 ど も 柄	住 所							
		(. . 変更)											
保 險 種 別	協 船 国 ・ 共 ・	被 保 険 者 証 別	退 職 日雇特例	本 人 家 族	保 險 者 名	()	記 号 番 号	所 在 地					
附 給 加 付	無			計 算 式 の 時 刻 付 加 給 付 有	1. 2. 支給停止	保 險 給 付 率	入						
	有 1. 公費負担あるとき停止 2. 公費負担に関係なく有 3. 償還払のとき有						外						
支 払 場 所 の 指 定	金 融 機 関 名			口 座 名 義			口 座 種 別			口 座 番 号			
	支 店						普 通 ・ 当 座						
上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 中津川市長 様 電 話 (- -) 被保険者(世帯主)は、高額療養費の請求及び受領について、中津川市長 に委任します。 被保険者							受 給 者 証 の 状 況	有 効 期 間	. . から				
								有 効 期 間	. . まで				
								有 効 期 間	. . から				
								有 効 期 間	. . まで				
								再 交 付	. .				
消 滅 (回 収)	. .												