

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	.															
受 給 資 格 者 名	(個人番号) (...変更)			生年月日	年月日生	住所	中津川市		受給者名	()	受と 給の 資格 統 者柄		住 所						
							(...変更)												
加入 医 療 保 険	被 保 険 者 名 (組合員名)	()			子との 統 も柄		住所												
		(...変更)																	
保 険 種 別	協 船 国	・組 ・共 ・	被 保 険 者 証 別	退職 日雇特例	本人 家族	保 険 者 名	()		記号 番号			所在 地							
附 給 加 付	無	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			付の計 加給付 き付有 式	1. 2. 支給停止	保 険 給 付 率	入											
	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。													受 給 者 証 の 状 況	有効期間	. . . から				
年月日															. . . まで				
申請者 住所 氏名														有効期間	. . . から				
中津川市長様 電話(- - -)															. . . まで				
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。														再交付	. . .				
被保険者															消滅 (回収)	. . .			