

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	受給番号 資格号 (・ ・ 変更)		
				決裁	・				
				交付	・				
受給資格者名	なかつがわ はなこ 中津川 花子 (個人番号)			生年月日 R6年 4月 2日 生	住所 中津川市 □□町○-△ (・ ・ 変更)	受給者名 (・ ・ 変更)	受給資格者続柄 (・ ・ 変更)	住所 (・ ・ 変更)	
	(・ ・ 変更)								
加入医療保険	被保険者名 (組合員名)	中津川 太郎 (・ ・ 変更)		子との続柄 父	住所 同上 (お子様と住所が違う場合は記入してください)	記号番号 記号 12345678 番号 45 (枝番 2)	お子様の保険証を見ながら記入してください。 (国保に加入の方) 被保険者名：岐阜県国民健康保険 被保険者名：世帯主名		
		保険種別	協・組 船・共 国・					被保険者証別 退職 日雇特例	本人 家族
	附給加付		無 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	計算法の 付加給付有	1. 2. 支給停止			保険給付率 入 外	
支払場所の指定	金融機関名 □○銀行 △△支店		口座名義 ナカツガワ タロウ		口座種別 普通 ・ 当座	口座番号 1234567			
上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。 令和○年 △月 □日 提出する日を記入 申請者 住所 中津川市かやの木町○-△ 氏名 中津川 太郎 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 中津川 太郎						受給者証の状況	有効期間	ゆうちょ銀行の場合は、 口座番号の欄に 記号(5桁)-番号(8桁) を記入してください	ら
有効期間	まで								
再交付	・	・							
消滅(回収)	・	・							