

福祉医療費受給者証

交付更新

申請書

(乳幼児用)

受給者	住所	山口市		
	ふりがな氏名			
	生年月日	年 月 日		
加入医療保険	記号番号			
	被保険者氏名		受給者との続柄	
	被保険者住所			
	保険者番号			
	保険者名称			
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				
山口市長 様				
申請者 住所 山口市				
氏 名				
※申請者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。				
個人番号				
T E L				

N		有効期間	～	交付年月日	
	父		母		
氏 名					
生年月日					
個人番号					
市外在住の場合は住所を記入					
同意書					
次のことについて同意します。					
1 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、受給者の父母の課税及び19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。					
2 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。					
3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。					
4 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。					
5 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。					
6 山口市乳幼児医療費助成要綱及び山口市こども医療費助成要綱、又はこれらの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。					
令和 年 月 日					
山口市長 様		申請者氏名			
		被保険者氏名			
※申請者及び被保険者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。					
(変更・訂正のある場合)					

加入医療保険	記号番号			
	被保険者氏名		受給者との続柄	
	被保険者住所			
	保険者番号			
	保険者名称			

* 太枠内を記入してください。また、左の欄に記載された事項に変更や訂正のある場合は、右の欄にご記入ください。

* この申請書には、健康保険証（組合員証）を添付してください。