記入例

福祉医療費受給者証交付更新申請書 (こども用)

受給者	住所	山口市 亀山町2-1		
	ふりがな	やまぐち じろう		
	氏名	山口 二郎		
	生年月日	平成24年	10月	1日
加入医療保険	記号番号	山3 0123456789		
	被保険者氏名	山口 太郎	受給者との続柄	父
	被保険者住所	同上		
	保険者番号	350033		
	保険者名称	山口市		

有効期間	～		交付年月日
	父	母	
氏名	山口 太郎	山口 花子	
生年月日	S63.1.20	S63.2.22	
個人番号	987654321098	123456789012	
市外在住の場合住所を記入	〇〇県〇〇市△町目△番地		

次のことについて同意します

- 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。
- 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算出及び高額介護合算療養費等の被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費等の申請及び受領について市長に委任すること。

市外在住の場合、市外住所を記入

被保険者本人が手書きしない場合は押印が必要です

提出日を記入

提出日を記入
福祉医療費受給者証の交付を申請します。
令和3年2月1日

山口市長様

申請者 住所 山口市 亀山町2-1

氏名 山口 花子

※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 123456789012

TEL 083-934-2803

山口市長様

令和3年2月1日

申請者氏名 山口 花子

被保険者氏名 山口 太郎

※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	
	被保険者住所	
	保険者番号	
	保険者名称	

申請書左側部分に記載の加入医療保険に変更や訂正がある場合に記入してください。

日中連絡がつく番号が望ましい(携帯でも可)

* 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。