

記入例

費受給者証 交付更新 申請書 (こども用)

受給者	住所	健康保険証の保険情報を記入してください。		
	ふりがな	まるまる はなこ		
	氏名	●● 花子		
加入医療保険	生年月日	平成○年4月2日		
	記号番号	01234567 890 01		
	被保険者氏名	●● 太郎	受給者との続柄	父
	被保険者住所	山口市亀山町2-1		
	保険者番号	123456789		
	保険者名称	〇〇〇健康保険組合 山口支部		
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				
山口市長 様				
申請者 住所 山口市 亀山町2-1				
氏名 ●● 太郎				
※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				
TEL 012-345-6789				

電子申請で申請される場合は、「電子申請用番号」を入力する項目があります。

●電子申請用番号 0000001

有効期間	～	交付年月日
氏名	●● 太郎	●● 夏子
生年月日	S60.1.1	S61.8.8
個人番号		
市外在住の場合は住所を記入		
次	マイナンバーカードから保険情報を確認するには、スマートフォン等から「マイナポータル」にアクセスして確認してください。	
1	その際、「利用者証明用電子証明書のパスワード（4桁）」の入力が必要になります。	
2	割合の確認のため、受けることができる場合、	
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を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。	
4	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。	
5	山口市子ども医療費助成要綱又はこ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。	
年 月 日		
山口市長 様		
申請者氏名 ●● 太郎		
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		
(変更・訂正のある場合)		
被保険者氏名の記入は、申請者と被保険者が同一の場合は省略できます。		
記号番号	太郎の箇所を記入してください。	
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。