

記入見本

ご記入ください。

子

●太枠内に記入してください。

福祉医療費受給者証交付(更新)申請書(子ども)

申請年月日 年 月 日

フリガナ 子どもの氏名	生年月日	受給資格者番号	資格期間
----------------	------	---------	------

※太枠内は記入しないでください。

市記入欄

年 月 日

住所 (申請者と異なる場合のみ記入)

市記入欄

年 月 日

住所 (申請者と異なる場合のみ記入)

(申請者と異なる場合のみ記入)

父母等の氏名

お子様の氏名、生年月日をご記入ください。
 なお、申請者と住所が異なる場合は、お子様の住所をご記入ください。

医療保険の加入状況	記号番号		
	フリガナ 被保険者名		
	保険者名		

保険者名		
保険所在地		
保険者番号		
認定日	年 月 日	

お子様がお加入している(又は、ご加入予定の)被保険者資格情報が確認できるものの写しを添付してください。

被保険者の住所、氏名、生年月日及び続柄	住所 氏名 生年月日 続柄
---------------------	------------------------

(被保険者の世帯が別の場合のみ記入)

◆お子様と被保険者の世帯が別の場合はご記入ください。

申請者の方(お子様のご両親等)の住所、氏名等をご記入ください。

(子ども)の受給資格者であることに関する情報を加入する医療保

高額療養費及び高額介護等給付請求及び受領について、世帯主又は被保険者は、岐阜市長に委任します。

(あて先) 岐阜市長

申請者 住所 岐阜市

氏名 (電話 — —)

世帯主 又は 被保険者 氏名

(事務処理欄) マ

お子様の健康保険の被保険者(社保の場合)または世帯主(国保の場合)等の氏名をご記入ください。なお、申請者氏名と同じでもご記入ください。