

記入例

受給者の**健康保険証**をご準備の上、**①～④**をご記入ください。**健康保険証のコピー**を同封してください

① 受給者

受給者(お子様)の住所、氏名、生年月日を記入してください。

② 受給者の状況

受給者の父母の氏名、生年月日を記入してください。

加入保険の種類に○をつけてください。

- 協会 : 協
- 組合 : 組
- 日雇 : 日
- 船舶 : 船
- 共済組合 : 共
- 国保 : 国

様式第1号(第4条、第5条関係)

福祉医療費受給者証交付・更新申請書

| | | | | |
|--------|--------|-----------------|---------------------|-----------|
| 受給者 | 住所 | 光市光井2丁目1-1 | | |
| | フリガナ | ヒカリシ イチロウ | 生年月日 | 平成19年1月1日 |
| | 氏名 | 光市 一郎 | | 受給者証の記号番号 |
| | フリガナ | ヒカリシ ジロウ | 生年月日 | 平成20年1月1日 |
| | 氏名 | 光市 二郎 | | 受給者証の記号番号 |
| | フリガナ | ヒカリシ ミツコ | 生年月日 | 平成21年1月1日 |
| 氏名 | 光市 三子 | | 受給者証の記号番号 | |
| 受給者状況 | 父 | 氏名: 光市 太郎 | 生年月日: 昭和58年 1 月 1 日 | |
| | 母 | 氏名: 光市 花子 | 生年月日: 昭和59年 1 月 1 日 | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | △△ ○○ | 受給者との続柄 | 父 |
| | 保険種別 | 協(○)組 日 船 共 国 退 | 記号番号 | ●● ●●●●●● |
| | 発行機関名 | 保険者番号 01234567 | 保険者名称 | □□健康保険組合 |
| | 所在地 | ××市×××××××× | | |

同意事項

- 福祉医療費受給者証交付・更新要件確認のため、課税状況及び19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。(第2条第2項第1号に掲げる者に限る。)
- 高額療養費算定基準額及び一部負担割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 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、当該支給の申請及び受領について光市長に委任すること。
- 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等による医療費の給付を受ける場合において、既にこの告示に基づく助成を受けているときは、当該給付を受けた額の範囲内において当該助成を受けた額を市へ返還すること。
- 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保険者に対して市長が確認すること。
- この告示又はこの告示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。

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

申請者(保護者) 住所 光市光井2丁目1-1

氏名 光市 太郎

(電話 0833 - 00 - 0000)

光市長 様

※光市記入欄(記入しないでください。)

| | | | |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 申立書 | <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 | <input type="checkbox"/> 同意書 | 受付欄 |
| 市町村民税所得割額 | 父 | 年少 | 人×19,800円 |
| | | 旧特定 | 人×7,200円 |
| | 母 | 年少 | 人×19,800円 |
| | | 旧特定 | 人×7,200円 |
| 合計 | | 円 | |

●記入上の注意
修正テープ等は使用せず、間違えた場合は、訂正をお願いいたします。

(例1)二重線を引いて訂正し、申請者の署名
光市太郎
光市 花子 三子

(例2)押印訂正する場合は、申請者氏名欄にも押印
光市 花子 三子 申請者 氏名 光市 太郎

③ 加入医療保険の情報

参考例

健康保険被保険者証 家族(被扶養者) 令和〇〇年〇月〇日交付

記号 ●● 番号 ●●●●●●

氏名 △△ △△ 性別 ○

生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

認定年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者氏名 △△ ○○

保険者番号 01234567

保険者名称 □□健康保険組合

保険者所在地 ××市××××××××

印

※受給者が複数いる場合で、加入医療保険が異なる場合は、お問い合わせください。

④ 申請者情報

日付、住所、氏名、電話番号をご記入ください。



健康保険証のコピーを同封してください。