

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。

① 受給者（子）

受給者（お子様）の住所、氏名、性別、生年月日を記入してください。

※1 同一家庭で受給対象者がいる場合はその氏名もご記入ください。

※2 高校生の入院の場合は病名、入院日等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。

（16～18歳の税法上の扶養親族がいる場合はご記入ください。）

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
- 退職者 : 退

(乳幼児等用)

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	受給者証の記号番号					
	住所	光市光井2丁目1-1				
	フリガナ	ヒカリシ ニジヨ	性別	男・女	生年月日	令和3年1月1日
	氏名	光市 虹子	性別	<input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	令和3年1月1日
	同一家庭受給対象者	※1		入院の場合※2	病名等	入院日数
受給者の状況	家族の状況		受給者(世帯)の課税状況			
	父 氏名:	光市 太郎	父			
	生年月日:	平成2年1月1日	母	計		
母 氏名:		光市 花子	※左記親族のうち、別居の扶養親族がいる場合は現住所を記入してください。受給者との続柄を記入してください。氏名: 現住所:			
生年月日:		平成3年1月1日	例) 父、母、祖父、祖母 等			
税法上の扶養控除を受けている16～18歳親族氏名:						
加入医療保険	被保険者氏名	△△ ○○	受給者との続柄	父	資格取得年月日	令和〇〇年〇月〇日
	保険種別	協(組)日船共国退	記号番号	●●●●●●●●	番号	●●●●●●●●
	発行機関名	01234567	保険者名称	□□健康保険組合		
	所在地	××市××××××××				
上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。						
※福祉医療費受給者証交付・更新申請に際し、私及び私の属する世帯の所得(課税)額等について課税台帳により調査されることを承諾いたします。また、助成を受けた医療費について高額療養費等の支給がある時は、高額療養費等の申請及び受領に関する権限を市長に委任します。						
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				

●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) 二重線を引いて訂正
光市 ~~花子~~ 虹子

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	令和〇〇年〇月〇日	
認定年月日	令和〇〇年〇月〇日	
被保険者氏名	△△ ○○	
保険者番号	01234567	
保険者名称	□□健康保険組合	印
保険者所在地	××市××××××××	

④ 申請者情報

日付、住所、氏名、電話番号をご記入ください。