

記入見本

ご記入下さい。

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
	年 月 日		
	年 月 日		↓
	年 月 日		↓

※太枠内は記入しないでください。

お子様の氏名、生年月日
をご記入下さい。

父母等の氏名

(申請者と異なる場合のみ記入)

医療 保険 の 加 入 状 況	記号番号		
	フリガナ		
	被保険者名		柄
	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、お加入予定
の)健康保険証の写しを添付して下さい。

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)

備 考

申請者の方(お子様のご両親等)
の住所、氏名等をご記入下さい。

◆お子様の健康保険証の被保険者
が、お子様と別世帯である場合はご
記入下さい。

高額療養費及び高額介護合算療養費等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)

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