

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	生 年 月 日	受 給 資 格 者 番 号	資 格 期 間
子どもの氏名			

※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)

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

保 険 者 名

保 険 者 名

保 険 者 名

保 険 者 名

保 険 者 名

認 定 日

年 月 日

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。

お子様にご加入している(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)

備 考

◆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。

高額療養費及び高額介護費の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。