

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

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
	保険者所在地
	保険者番号
認定日	

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。

お子様をご加入している(又は、ご加入予定の)健康保険の被保険者情報が確認できるもの(下記から1点)のコピーを添付してください。
(有効期限内の健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータル資格情報※)
※マイナポータル資格情報はマイナポータルの証明書欄にある健康保険証をクリックし、資格情報をPDFで保存後印刷してください。

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。

高額療養費及び高額介護等給付(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険に加入するにあたっては、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。