

福祉医療費受給券 交付・再交付 申請書 (乳幼児 子ども医療用)

令和3年 5月7日

(宛先)

大津市長

次のとおり、福祉医療費受給券の交付・再交付を申請します。なお、受給申請時及び受給期間中に、助成対象者の保護者の所得・税額等の状況、助成対象者の属する世帯の構成・異動状況並びに助成対象者の障害等級等受給資格に係る項目について調査・確認することに同意します。

また、加入医療保険から高額療養費又は附加給付金を支給されたときは、先に大津市が医療機関等に支払った高額療養費又は附加給付金に相当する額を大津市の指定する方法により返還します。

受付印

申請者 (保護者)

住所 大津市御陵町3番1号 Aハイツ201号

氏名 大津 一郎

電話番号 077-528-2653

助成対象者	フリガナ	オオツ タロウ			平成21年 7月 1日生					
	氏名	大津 太郎								
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ								
転入年月日 ※転入のときのみ記入	↓転入の場合はこの欄もご記入ください。									
御加入の健康保険	記号・番号	(記号) 1234	(番号) 567890	助成対象者の 資格取得年月日	平成21年 7月 1日取得					
	被保険者名 (生年月日)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ (年 月 日生)		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ					
	保険者番号	0	6	2	5	1	1	1	1	保険者名

注意事項

- 健康保険証を御持参ください。
- 附加給付とは、御加入の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自に上乗せしているものをいいます。