

福 福祉医療費受給券 交付・再交付 申請書 (乳幼児・子ども医療・高校生世代用)

年 月 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。



申請者 (保護者) 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

| | | | | | | |
|----------|------------------------------------|------------------------|------|-------------------|-----------|--|
| 助成対象者 | フリガナ | | | | | 年 月 日生 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | □申請者住所と同じ | | | | |
| | 転入年月日 <small>※転入のときのみ記入</small> | 年 月 日 | 前住所地 | 県内 ・ 県外 | | |
| 御加入の健康保険 | 記号・番号 | (記号) | (番号) | 助成対象者の 資格取得年月日 | 年 月 日取得 | |
| | 被保険者氏名 (生年月日) | □申請者氏名と同じ (年 月 日生) | | 被保険者住所 | □申請者住所と同じ | |
| | 保険者番号 | | | | | 保険者名 □大津市国民健康保険 □全国健康保険協会 _____ 支部 □(その他) _____ |

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。

市記入欄

| | | | | | |
|----------|--|---------------|-----|--|--|
| 確認書類 | ◎1点確認でよいもの ・運転免許証 ・個人番号カード ・パスポート ・身体障害者手帳 ・療育手帳 ・精神保健手帳 ・在留カード ・その他官公署から発行された顔写真真付書類 () | | | | |
| | ◎2点確認が必要なもの ・健康保険証 ・介護保険証 ・年金手帳 ・各種年金証書 ・学生証 ・社員証 ・児童扶養手当証書 ・母子手帳 ・生活保護受給者証 ・その他、氏名と住所または氏名と生年月日が確認できる書類 () | | | | |
| 受給券番号 | 40 | 乳幼児・子ども・高校生世代 | 入力印 | | |
| 認定事由・年月日 | | 年 月 日 | | | |
| 有効期限 | | 年 月 日 | | | |
| 交付年月日 | | 年 月 日 | | | |