

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。



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30年 6月 1日生					
	氏名	大津 次郎								
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ ↓転入の場合はこの欄もご記入ください。								
	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) 1 2 3 4	(番号) 5 6 7 8 9 0	助成対象者の 資格取得年月日	平成30年 6月 1日取得					
	被保険者 氏名 (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 お子さまの健康保険証の資格取得年月日をご記入ください。出生で申請の場合は、出生日になります。					
	保険者番号	0	6	2	5	1	1	1	1	保険者 名称

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乘せしているものをいいます。

お子さまが生まれたばかりでまだ健康保険証がない場合は、健康保険の扶養家族として加入する予定の、保護者の方の健康保険証をお持ちいただきましたら申請できます。