

福

福祉医療費受給券(交付)再交付申請書

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、交付・再交付に当たり、受給申請時及び受給期間中に助成対象者、配偶者及び扶養義務者の属する世帯の所得・税額等の状況並びに構成・異動状況、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 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

現在お持ちの健康保険証の内容をご記入ください。

助成区分	障害者(身体・知的・心身・精神)・低所得・母子・父子・寡婦・高齢寡婦			
助成対象者	フリガナ	オオツ タロウ		
	氏名	大津 太郎		平成3年 3月 3日生
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		
	転入年月日 <small>※転入のときのみ記入</small>	↑ 転入の場合はこの欄もご記入ください。 県外		
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25年 4月 1日取得
	被保険者氏名 <small>(生年月日)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ <small>(昭和40年 6月 6日生)</small>		被保険者住所 <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	保険者名称	<input type="checkbox"/> 大津市国保 <input type="checkbox"/> 滋賀県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input checked="" type="checkbox"/> (その他) <b>びわこ運輸健康保険組合</b>

↑ 転入の場合はこの欄もご記入ください。

それぞれの手帳の番号、等級、交付日等を記入のうえ、そのコピーも添付してください。  
※手帳はケースから出してすべての部分をコピーしてください。

※配偶者と扶養義務者欄は、助成対象者と同一世帯に属しない場合のみ御記入ください。

配偶者 扶養義務者 氏名	生年月日	年 月 日	住所
--------------------	------	-------	----

注意事項

- 助成対象者本人、配偶者、扶養義務者の所得が大津市で確認できない場合は、その方の住民税課税(非課税)証明書(個人番号別世帯の配偶者、または別世帯の直系親族・兄弟姉妹で、本人を税扶養に取っている者がいれば記入してください。)
- 附加給付とは、御加入の健康保険が健康保険法等に基づき保険給付に独自に上乗せしているものをいいます。

【住民税課税(非課税)証明書について】

転入などにより大津市で所得が確認できない場合は、本人、配偶者、扶養義務者(世帯の直系親族および兄弟姉妹、本人を税または保険の扶養に取られている方)全員の前住所地での住民税課税(非課税)証明書(個人番号が記載された書類、本人確認書類及び個人番号利用に係る同意書でも可)が必要です。