別記様式第1号(第3条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 所長 | 課長 | 課員 | 担当 | 受付 | ・福祉医療費受給者証交付申請書(子ども用) | 受給資格者番号 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 決裁 |
| 有 効 期 間 |  　　～ |
| 交付 |
| 氏　　　名受給資格者 | 　 | 男・女 | 生年月日 | 　　年 　月 　日 | 住所 | 関市 | 受給者名 | 　 |  | 　 | 住所 | 関市 |
| (　・　・　変更) | (　・　・　変更) | 　 | 　 | (　・　・　変更) |
| 加入医療保険 | (組合員名)被保険者名 | 　 | の続柄子どもと | 　 | 住所 | 関市 |
| 　 | 　 | 　 |
| 保険種別 | 協・組船・共国 | 被保険者証別 | 退職日雇特例 | 本人家族 | 保険者名 | 　 | 記号番号 | 　 | 保険者所在地 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 付加給付 | 無有　1　公費負担のあるとき停止　　2　公費負担に関係なく有　　3　償還払いのとき有 | ときの計算式付加給付有の | 12　支給停止 | 保険給付率 | 入院 | 　 | 支払場所の指定 | 金融機関名 | 　 |
| 口座名義 | 　 |
| 外来 | 　 | 口座番号 | 　 |
| 口座種別 | 普通・当座 |
| 　上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。　被保険者（世帯主）は、高額療養費の請求及び受領について関市長に委任します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　申請者　　住所　関市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者（世帯主）　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　関　市　長　様 |