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 | 1  2　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |