

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	
有効期間	～

受給資格者名	氏名	男	生年月日	年 月 日	住所	関市	受給者名		受給資格者続柄		住所	関市
	( . . 変更)	女				( . . 変更)					( . . 変更)	

加入医療保険	被保険者名	(組合員名)		子の続柄		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	付与加給付の計有算の式	1	2 支給停止	保険給付率	入院 外来	支払場所の指定	金融機関名
												口座名義	
												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