

福祉医療費受給者証交付申請書
(乳幼児・こども用)

1 世帯の状況

【 出生・転入・世帯変更 】

ふりがな 氏名	生年月日 個人番号	受給者証番号	備考
しゅうなん はなこ 周南 花子	R6 年 5 月 1 日 個人番号		資格取得日
	年 月 日 個人番号	担当課で記入	
	年 月 日 個人番号		

ふりがな 氏名	生年月日 個人番号	本年・昨年1月1日時点の住所 (国外の場合は国名)
しゅうなん たろう 周南 太郎	H5 年 1 月 1 日 個人番号 998877665544	(本年) <input checked="" type="radio"/> ア. 周南市 都道府県 <input type="radio"/> イ. 周南市外 市区町村 (昨年) <input type="radio"/> ア. 周南市 都道府県 <input checked="" type="radio"/> イ. 周南市外 市区町村 北海道 札幌
住所(児童と異なる場合)	広島県広島市平和通り1-1	
しゅうなん さくらこ 周南 桜子	H8 年 1 月 2 日 個人番号 223344556677	(本年) <input checked="" type="radio"/> ア. 周南市 都道府県 <input type="radio"/> イ. 周南市外 市区町村 (昨年) <input type="radio"/> ア. 周南市 都道府県 <input checked="" type="radio"/> イ. 周南市外 市区町村 広島 広島
住所(児童と異なる場合)		

2 加入医療保険の状況

記号	123456	番号	789	種別	<input checked="" type="radio"/> 協会 <input type="radio"/> 共済 <input type="radio"/> 組合 <input type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> その他 ()
被保険者氏名	周南 太郎			児童からみた続柄	<input checked="" type="radio"/> 父 <input type="radio"/> 母 <input type="radio"/> 祖父 <input type="radio"/> 祖母 <input type="radio"/> その他 ()
保険者番号	1350016			保険者名称	全国健康保険協会山口支部

裏面の記載事項について同意し、上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

令和 **6** 年 **5** 月 # 日
(宛先) 周南市長

申請者 住所 **周南市岐山通1-1**

氏名 **周南 太郎**

TEL **090-1234-5678**

(日中連絡がとりやすい番号)

※裏面に記載の同意事項をよくお読みください。

以下職員記入欄

市町村児童証取得割額	【本人確認書類】	保険証	共済
対象児童の医療保険の資格がわかるもの(保険証・資格確認書等)のコピーを添付してください。			
注	表		