

福祉医療費受給者証交付申請書  
(乳幼児・こども用)

(記入例)

1 世帯の状況

【 出生・転入 】

ふりがな 氏名	生年月日	備考
対象児童 シュウナン ハナコ 周南 花子	R5 年 5 月 1 日	証番号 担当課で記入
	年 月 日	証番号
	年 月 日	証番号

ふりがな 氏名	生年月日	市町村民税所得割額
父 シュウナン タロウ 周南 太郎	H5 年 1 月 1 日	担当課で記入
住所 (児童と異なる場合)		
母 シュウナン サクラコ 周南 桜子	H8 年 1 月 2 日	
住所 (児童と異なる場合)		
父母合算額		円

2 加入医療保険の状況 (該当箇所記入又は○をつけてください。)

記号番号	123456 — 789	種別	協会 共済・組合・国保・その他 ( )
被保険者氏名	周南 太郎	対象児童との続柄	父
被保険者住所 (児童と異なる場合)			
保険者番号	1350016		
保険者名称	全国健康保険協会山口支部		

- ※健康保険証中ほどの被保険者名を記入してください。
- 健康保険証下部の保険者番号を記入してください。
- 健康保険証下部の保険者名を記入してください。
- 3 1 健康保険証中ほどの被保険者名を記入してください。  
2 健康保険証下部の保険者名を記入してください。  
3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について周南市長に委任すること。  
4 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、周南市の過払い相当額を周南市へ返還すること。  
5 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を周南市が確認すること。  
6 申請者及び被保険者が周南市乳幼児及びこども医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

※上記1により収入の状況が公簿により確認できない場合は、収入の状況を記載した書類で周南市長が必要と認めるものを提示してください。

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 5 年 5 月 10 日

(宛先) 周南市長

申請者 住所 周南市岐山通1-1

(保護者) 氏名 周南 太郎

生年月日 H5 年 1 月 1 日 TEL 090-1234-5678

担当課で記入

以下職員記入欄

対象児童の保険証のコピーを添付してください。