

記載例

第7条関係)

①灰色枠内の項目のみ記入をお願いします。
②檀原市の国民健康保険に加入されている場合は裏面も記入ください。

受給者番号

個人番号

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

※宛名コード

対象者

フリガナ

カシハラ タロウ

氏名

檀原 太郎

住所

檀原市
〇〇町〇〇番地

生年月日

昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇日生

1月1日
時点住所

同上

1～7月の資格取得の場合は、前年、8～12月の資格取得の場合は当該年

配偶者

フリガナ

カシハラ ハナコ

氏名

檀原 花子

住所

檀原市
〇〇町〇〇番地

生年月日

昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇日生

1月1日
時点住所

同上

1～7月の資格取得の場合は、前年、8～12月の資格取得の場合は当該年

個人番号

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

続柄

妻

扶養義務者

フリガナ

カシハラ ジロウ

氏名

檀原 次郎

住所

檀原市
〇〇町〇〇番地

生年月日

昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇日生

1月1日
時点住所

同上

1～7月の資格取得の場合は、前年、8～12月の資格取得の場合は当該年

個人番号

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

続柄

父

資格証交付申請書
(異動等)

加入医療保険

手帳

障害種別

☐

対象者欄へは身体障害者手帳または療育手帳を交付された方の
個人番号（12ケタのマイナンバー）、フリガナ、氏名、生年月日、住所、1月1日時点の住所 を記入下さい。

配偶者欄は配偶者の個人番号、フリガナ、氏名、生年月日、対象者から見た続柄、住所、1月1日時点住所 を、
扶養義務者欄は扶養義務者（健康保険証の被保険者など）の個人番号、フリガナ、氏名、住所、1月1日時点住所を、
それぞれ記入下さい。

配偶者および扶養義務者がいらっしゃらない場合は記入いただく必要はございません。対象者欄のみ記入下さい。
※扶養義務者とは…同世帯の18歳以上の方又は、対象者の健康保険の扶養者

申請者は対象者本人です。
ただし、対象者が18歳未満の場合は、健康保険上の扶養義務者である、父または母の氏名等をご記入ください。

申請者住所

檀原市〇〇町〇〇番地

氏名

檀原 太郎

電話番号

〇〇〇〇—〇〇〇〇—〇〇〇

【本人・夫・妻・父・母・自宅・その他（ ）

振込先
☐新規
☐変更あり
☐変更なし

金融機関名

〇〇

銀行・信金・労金
信組・農協

支店名

〇〇

本店・支店
出張所

口座番号

普通・当座

0

0

0

0

0

0

0

0

フリガナ

カシハラ ハナコ

口座名義人

檀原 花子

(委任状)

私（申請者）は下記の者を代理人と定め、心身障害者医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

医療費助成金の振込先を記入して下さい。
対象者（申請者）以外の振込口座を希望される場合は（委任状）欄 も記入下さい。

注） 1 楷書ではっきり書いてください。
2 ※印の欄は記入しないでください。

代理人住所

檀原市〇〇町〇〇番地

氏名

檀原 花子

担当者

国民健康保険高額療養費支給申請書（福祉医療受給世帯用）

		受給者番号	
国民健康保険証の記号・番号	奈5		
療養を受けた被保険者の氏名・ 生年月日	※レセプト記載のとおり		
傷病名	※レセプト記載のとおり		
療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名称	※レセプト記載のとおり	
	所在地	※レセプト記載のとおり	
療養の期間	※レセプト記載のとおり		
療養に対し病院等で支払った額	※レセプト記載のとおり		

国民健康保険高額療養費（福祉医療費分）の支給の申請をします。また、上記申請により国民健康保険から給付を受ける金額の受領に関する権限を榎原市長に委任します。
なお申請と受領委任にあたり以下のことを確認し同意します。

- この申請書は福祉医療助成対象者に国民健康保険高額療養費が発生したときに、それを福祉医療費（福祉医療受給者でない方を含めて世帯合算のうえ算定を行った場合を含みます。）に充当する場合にのみ使用します。
- 福祉医療費助成金額の確認のため、福祉医療費自己負担額支払明細書の情報を使用することに同意します。

※本書は福祉医療費受給資格者証の提示の有効期限が満了するまで有効です。

年 月

榎原市長 殿

世帯主の住所氏名をご記入ください。



住 所	榎原市〇〇町〇〇番地
世 帯 主	
氏 名	榎原 太郎