

福祉医療費受給者証 { 交付 / 更新 } 申請書

(乳 幼 児 ・ 子 ども 医 療 用)

対象者	住 所 長門市 (区)				
	氏 名	生年月日	性別	個人番号	受給者番号
		年 月 日	男 ・ 女		-
		年 月 日	男 ・ 女		-
加入医療保険	被保険者氏名・住所		氏 名	受給者との続柄	
			住 所 長門市		
	保 険 種 別		種 別 全国健康保険協会 ・ 国保 ・ 国保組合 ・ 健保組合 ・ 共済組合 ・ その他		
			記号番号		
世帯の状況	被保険者証発行機関名		発行機関名		
	氏 名	生年月日	住所 (市外在住の場合)	個人番号	
	父	年 月 日			
母	年 月 日				
同意事項	<p>1. 福祉医療費受給者証の交付及び更新要件確認のため、課税状況、19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。</p> <p>2. 高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。</p> <p>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市長に委任すること。</p> <p>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、市の過払い相当額を市へ返還すること。</p> <p>5. 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。</p> <p>6. 長門市乳幼児・子ども医療費助成要綱及び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。</p>				
<p>上記について、同意のうえ福祉医療費受給者証の交付・更新を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 長門市</p> <p>氏名</p> <p>(電話)</p> <p>長門市長 様</p>					

注) 1. 申請者氏名は、申請者本人が自署すること。
 2. この申請書には、受給者の健康保険証を添付してください。
 3. 収入の状況が公簿等により確認ができない場合は、収入の状況を記載した書類で市長が必要と認める種類を提出してください。