

# 子ども医療費助成認定申請書兼台帳

負担者番号 **8 1 4 0 5 0**

福岡市 区 長

令和 年 月 日

(申請者) 〒 -

住所 福岡市 区 丁目 番 号 号室  
(※マンション名も記入)

氏名 \_\_\_\_\_ TEL (自宅) - - (携帯) - -

○高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を福岡市長に委任します。  
○私の世帯の課税状況について、公簿により確認されることを承諾します。  
○第三者行為に起因する治療に対して、医療費助成を受ける場合は、必ず事前に届け出ます。  
以上について承諾し、申請します。なお、記載内容について公簿により確認されることを承諾します。

※ 太枠の中を記入してください。(ただし、「コード」欄は記入しないでください。)

対象者(子ども)	フリガナ氏名	生年月日	備考	受給者番号					
	平成・令和 年 月 日 コード								
平成・令和 年 月 日 コード									
平成・令和 年 月 日 コード									
平成・令和 年 月 日 コード									
平成・令和 年 月 日 コード									

健康保険	記号・番号	フリガナ	続柄	子の	
	保険者番号	被保険者氏名			
	保険者名称	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
		コード	被保険者住所	(※対象者と住所が異なる場合にのみ記入してください)	

【確認方法】  資格情報のお知らせ /  資格確認書 /  マイナポータル資格情報画面 /  健康保険証 /  個人番号による健康保険情報の照会に同意する

取得事由	1. 新規	取得日	〔 . . 〕	申請	□ 郵送 □ 窓口		交付	□ 郵送 □ 窓口		
	2. 市外転入				課長	係長		係員	受付	処理欄
	3. 区外転入	申請日	〔 . . 〕	決裁						
4. 保険加入	5. 生保廃止	6. その他( )	7. 制度改正		交付日	〔 . . 〕				