

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

福岡市中央区長

令和 X 年 X 月 X 日

(申請者) 〒 XXX - XXXX

住所 福岡市中央区天神▲丁目▲番▲▲号〇〇マンション▲▲▲号室
(※マンション名も記入)

氏名 福岡 太郎

TEL (自宅) XXX - XXXX - XXXX
(携帯) XXX - XXXX - XXXX

○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。)

フリガナ氏名	生年月日	備考	受給者番号			
フクオカ ジロウ 福岡 次郎	平成 XX 年 XX 月 XX 日					
フクオカ ハナコ 福岡 花子	令和 X 年 XX 月 XX 日					
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						

健康保険	記号・番号	XXX・XXXXX	フリガナ	フクオカ タロウ	続柄	子の父	
	保険者番号	X X X X X X X X	被保険者氏名	福岡 太郎			
	保険者名称	〇〇健康保険組合	生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日			
			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)			

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
	3. 区外転入	申請日	〔 . . 〕	決裁			入力		
4. 保険加入	5. 生保廃止	6. その他()	7. 制度改正		交付日	〔 . . 〕			