

※ 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。)

子 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 ○○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。

対象者(子ども)	フリガナ氏名	生年月日	備考	受給者番号					
	フクオカ ジロウ	平成 XX 年 XX 月 XX 日							
	福岡 次郎								
	コード								
	フクオカ ハナコ	令和 X 年 XX 月 XX 日							
	福岡 花子								
	コード								
		年 月 日							
	コード								
	年 月 日								
コード									
	年 月 日								
コード									

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		
			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】 <input checked="" type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ/ <input type="checkbox"/> 資格確認書/ <input type="checkbox"/> マイナポータル資格情報画面/ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口		
	2. 市外転入								
	3. 区外転入	申請日	〔 . 〕	決	課長	係長	係員	受付	処理欄
	4. 保険加入								
5. 生保廃止	交付日	〔 . 〕	裁					入力	
6. その他()								医療証	
7. 制度改正									