

※ 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 福岡 次郎	平成 XX 年 XX 月 XX 日	
	コード			
	フクオカ ハナコ 福岡 花子	令和 X 年 XX 月 XX 日		
	コード			
		年 月 日		
	コード			
		年 月 日		
	コード			
		年 月 日		
	コード			

健 康 保 險	記号・番号	XXX・XXXXX	フリガナ	被保険者 氏名		統 柄	子の父
			被保険者 氏名	福岡 太郎			
	保険者番号	X X X X X X X X	生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日			
	保険者名称	○○健康保険組合	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/ 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 2. 市外転入 3. 区外転入 4. 保険加入 5. 生保廃止 6. その他( ) 7. 制度改正	取得日	( - - )	申請 決 裁	申 請	□ 郵送	□ 窓口	交 付	□ 郵送	□ 窓口
		申請日	( - - )		課 長	係 長	係 員	受 付	処理欄	
		交付日	( - - )						入 力	医療証