

記入例

受給者番号

子どもの医療費受給者証交付申請書

受給申請者	ふりがな	ながおか たろう	生年月日	昭和56年7月18日	
	氏名(保護者)	長岡 太郎			
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10 (TEL)	子どもとの続柄	父	
子ども	ふりがな	ながおか はなこ	生年月日	令和元年5月1日	
	氏名	長岡 花子			
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10	出生順位	第1子	
加入保険	被保険者氏名(世帯主氏名)	長岡 一郎	認定年月日	令和元年5月1日	
	記号・番号	長岡01234567890			
	保険者名	長岡市			

A 保護者の方について

お子さんについて

お子さんの
保険証の内容

上記のとおり受給者証の交付を申請します。

令和元年 5月 1日

住所 長岡市大手通1丁目4番地10

A欄と同一の方 申請者

氏名 長岡 太郎

ここから下は、長岡市の国民健康保険にご加入の方のみ 記入する

後期高齢者医療
国民健康保険 高額療養費及び高額介護合算療養費(医療費部分に限る。)支給申請書兼受領委任状

被保険者記号番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	受給者番号	※記入不要
被保険者氏名	長岡 花子		
適用期間	※記入不要		

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費(医療費に係る部分に限る。)に該当し、その支給額が新潟県医療費助成事業(県単)の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費(医療費に係る部分に限る。)の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任します。

※記入不要 日

※ 世帯主の氏名・生年月日を記入

世帯主 氏名 長岡 一郎
(申請人)

生年月日 昭和23年 6月 30日