記載例

重度心身障害者(一般・後期高齢)医療費受給者証交付(更新)申請書

令和 年 月 日

一関市長 様

次のとおり医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

該当する障害要件に有効其	2 3 H
受給者 (ふりがな) LNちのせき たろう 個人番号 1234 5678 907 受給者 生年月日 S H・R 18 年 2月 該当する障害要件に できませに有効其	3 🛭
該当する障害要件に有効其	
者 該当する障害要件に 障害要件に有効期	170 18
住所 一関市竹山町7-9 チェックをつける TEI ある場合は記載	限か
1月2日以降に 転入の方は記入	月)
転入又は 市外在住 本年1月1日 時点の住所地 盛岡市 時点の住所地 昨年1月1日 時点の住所地 宮城県仙台市	
受給者の配偶者の 住所氏名等を記入 いちのせき はなこ 個 受給者と同じ場合は	8
配 <u>ロ ロ ロ </u>	4 日
偶 者 な は 所 は から	
転入又は 本年1月1日 転入又は 本年1月1日 時点の住所地 盛岡市 時点の住所地 宮城県仙台市	
転入の方は記入 民法第877条に定める直系(6親等内)の血族及び兄弟姉妹(特別の事情がある場合は3親等内の姻族を含む)	
主	3
	31 日
受給者と同じ場合はとの続柄との	
文品省の担話を 主にしている人 又は 本年1月 チェックをつけて記載省略可 昨年1月1日 を選択 時点の住所地 時点の住所地	
保護者 □受給者本人 □配偶者 □主たる扶養義務者 □その他()
加 ・ 被保険者氏名 医療保険の被保険者の氏名 を療保険の被保険者の氏名 を療保険の記号・番号	
被保険者氏名 医療保険の被保険者の氏名 記号番号 医療保険の記号・番号 医療保険の記号・番号 保険者番号 加入している保険者の番号 資格取得年月日 受給者が保険認定された 年月日を記入	目
振 金融機関 平泉 ^{銀行 信用金庫}	座
生 口座番号 9876543 (カタカナ) 口座名義人 一関 花子	

受付

本・花・大・千・東・室・川・藤

担当

	※扶養義務者…民法第877条に定める直系(6親等内)の血族及び兄弟姉妹(特別の事情がある場合は3親等内の姻族を含む)								
その他の扶養義務者	(ふりがな) いちのせき じろう 一関 二郎	個人番	号	3456	7890	123	3 4		
		生年月	日	S H	51 年	2 月	3 日		
	住 所	愛 会給者と同じ				受給者 との続柄	子		
	転入又は	本年1月1日	昨年1月1日						
	市外在住	時点の住所地	時点の住所地		点の住所地		:		
	(ふりがな)		個人番	号					
	氏 名		生年月	日	$S \cdot H$	年	月	日	
	住所	□受給者と同じ				受給者	ı		
						との続柄			
	転入又は	本年1月1日	昨年1月1日						
	市外在住	時点の住所地	時点の住所地						
	(ふりがな)		個人番号						
	氏名		生年月	日	S·H	年	月	日	
	住 所	□受給者と同じ				受給者	l		
						との続柄			
	転入又は	本年1月1日	昨年1月1日						
	市外在住	時点の住所地		時,	点の住所地				
	(ふりがな)		個人番号						
	氏 名			生年月日S		年	月	日	
	住 所	□受給者と同じ				受給者 との続柄			
	転入又は	本年1月1日	昨年1月1日						
	市外上住	時点の住所地		時	点の住所地				

扶養義務者に 該当する人が 複数いる場合は それぞれ記入