

課長	課長補佐	係長	係	受付	令和 年 月 日	受付印
				決定	令和 年 月 日	
受給資格証番号				交付	令和 年 月 日	区分 県・市

医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

海南市長 様

申請者 (受給資格者) 住所 海南市
氏名 (印)
電話番号 (- -)
対象者との続き柄 ()

届出者 住所 海南市
※申請者と異なる場合のみ記入 ※申請者と同一住所の場合は記入不要
氏名
申請者との続き柄 ()

次のとおり、医療費受給資格の登録を申請します。
なお、受給資格登録及び資格喪失に至るまでの更新に際して、世帯状況、住民税課税台帳及び保険者に対して高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。また高額療養費の申請に係る必要な証明書の請求及び受領を委任します。

医療費助成対象区分	1. 子ども 2. 重度心身障害者(児) 3. 重度心身障害者(後期高齢) 4. 老人
申請理由	1. 出生 2. 転入 3. 手帳取得 4. その他 ()
対象者	フリガナ
	氏名
	生年月日 大正・昭和 年 月 日 性別 男・女
	個人番号
加入保険	保険の種類 1. 国保 2. 社保 3. 後期高齢
	被保険者の氏名 対象者との続き柄
	被保険者の住所
	記号 番号
	保険者の名称
扶養義務者等	扶養義務者等が、 < いる ・ いない > ※続柄：対象者からみた続柄
	氏名 生年月日 続柄 個人番号
備考	

届出者名		確認日・名	・ ・ 【 】
本人	1点	マイナンバーカード・免許証・手帳・	
確認書類	2点	保険証(国・社・後・介)・受給者証(自・重)・	