

福祉医療費受給者証 乳幼児、小中学生及び高校生等 交付(更新)申請書

区 分	80	受給者証番号	
	氏 名		続柄
			生年月日
			住 所
フリガナ			
受 給 者			
申 請 者			
配 偶 者			
医療 保 険	被保険者 氏 名	住所	
	保 険 別 種 別	医療保険資格取得日	
		記 号 番 号	
保 険 者 名 称	保 険 者 住 所		
<p>この申請書に記載のとおり福祉医療費受給者証の交付（更新）を申請します。（乳幼児、小中学生及び高校生等の区分に該当する場合は、以後の自動更新を依頼します。）なお、申請（自動更新）にあたり私の世帯員に係る所得状況及び世帯状況等の閲覧を承諾するとともに、福祉医療費受給期間内に係る高額療養費等の代理請求・受領を秋田県横手市長に委任するので、受領した高額療養費等は保険医療機関等に支払う福祉医療費に充当してください。</p> <p>また、受領した高額療養費等の額が、保険医療機関等に支払う福祉医療費の額を上回る場合は、その上回る額を私に支払ってください。</p> <p>なお、私または児童が前年（福祉医療の支給対象期間の始期が1月から7月となる場合には、前々年）の1月から12月までに受け取った児童扶養手当法施行令に規定されたいわゆる養育費は、 0円です。</p> <p>また、今後に養育費を受け取った際は、受給者証の有効期間満了日の1箇月前から満了日までの間（ただし、1歳の誕生日（7月を除く）の末日までの満了日を除く）にその額を申告します。</p> <p>福祉医療費の給付に関する診療情報等について、秋田県横手市長が制度の実施状況の把握または分析等に用いることについて同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>秋田県横手市長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">TEL (_____)</p>			
受給資格者の判定	該当・非該当		(受付)
交付事由発生年月日 (有効期間の始期)			
有効期限			
・非該当の事由 (_____) ・却下通知書の交付等 (令和 年 月 日申請者に対し却下通知書を 交付 _____)			