|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　　 |
| 氏名（保護者） |  |
| 住 　　所 |  　（ＴＥＬ） | 子どもとの続柄 |  |
| 子 ど も | ふ り が な |  | 生年月日 | 　　 年　　月　　日 |
| 氏　　 名 |  |
| 住 　　所 | 〒 |
| 個人番号 |  |
| 加 入 保 険 | 被保険者氏名（世帯主氏名） |  | 認定年月日 | 　　 年　　月　　日 |
| 記号・番号 |  |
| 保 険 者 名 |  |

上記のとおり受給者証の交付を申請します。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　長岡市長　磯田　達伸　　様

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 適用期間 | 令和　　　年　　　診療分から |

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、その支給額が上記医療費助成事業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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　 世帯主　 氏　　名

（申請人）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　昭・平・令　　　年　　　月　　　日