

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	平成6年7月8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) 000-0000-0000		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6年12月10日	
	氏名	長岡 花子			
	住所	〒940-8501 長岡市大手通1丁目4番地 10			
	個人番号	012345678901			
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6年12月10日	
	記号・番号	長岡0123456789			
	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

お子さんの加入保険の内容

上記のとおり受給者証の交付を申請します。

令和6年 12月 10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

長岡市長 磯田 達伸 様

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 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
国民健康保険

健康保険の番号	※記入不要												
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	令和 ※記入不要 年 月 日												

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。

※ 世帯主の氏名・生年月日を記入

令和

※記入不要

日

世帯主 氏名 長岡 一郎
(申請人)

生年月日 昭和 33年 6月 30日