

## 記入例

## 福祉医療費受給者証交付申請書

④ 4 1

ガナ フクチ タロウ												個 人 番 号															
氏 名	福知 太郎 (生年月日 S〇〇年 〇月 〇日生)												1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2			
住 所	福知山市 字内記 1 3 - 1 (TEL 0773 - 00 - 0000 )																										
配 偶 者												扶 養 義 務 者															
氏 名	フリガナ フクチ ハナコ												氏 名	フリガナ フクチ イチロウ												続柄	
	福知 花子 (生年月日 S〇〇年 〇月 〇日生)													福知 一郎 (生年月日 S〇〇年 〇月〇日生)												子	
個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	個人番号	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7		
住 所	福知山市 同上												住 所	福知山市 同上													
医療保険の加入状況	被保険者等の氏名	福知 太郎 (生年月日 S〇〇 年〇 月〇 日生)												個 人 番 号												続柄	本人
	被保険者等の住所	同上												1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2													
	保険者番号 (保険者名)	2 6 0 0 2 6 ( 福知山市 )												区分		1 本人 2 家族											
														取得日		R 〇 ・ 〇 ・ 〇											
	記号・番号	福 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6												交付日		R 〇 ・ 〇 ・ 〇											
												種別		1国 2国退 3他国 4協 5日 6組 7船 8共													
「医療保険の加入状況」は資格確認書などのコピーを必ず添付していただくため、空欄のままでも可です																											
〇 年 〇 月 〇 日 住 所 福知山市 字内記 1 3 - 1 氏 名 福知 太郎  福知山市長 様																											

この届出書に記載いただいた特定個人情報（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市福祉医療給付事業に係る事務に利用します。※下記は記入しないでください。

受給者番号													生保廃止日				
有効期間	. . . ~ . . .												転入日	. . .			
確認公簿	1 住民基本台帳 2 住民税課税台 3 その他（												決 裁	課長	課長補佐	係長	係
番号確認	実 存 確 認												理 担 当 者	年 月 日			

この欄は記入しないでください。

## 裏面

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

↑  
 代理人が窓口申請される場合、記入してください。

### 【申請時に必要なもの】 (郵送申請の場合はコピーを同封してください)

- 申請者本人が加入中の健康保険の資格情報が確認できるもの  
 (資格確認書、資格情報のお知らせなど)・・・必須
  - 届出者の本人確認ができるもの  
 (代理で手続きされる場合は、代理人の本人確認ができるものをお持ちください。)
- ① 顔写真付きの証明書  
 (マイナンバーカード、運転免許証、パスポートなど)

①・②のうち
- ② 顔写真なしの証明書2種類  
 (資格確認書、年金手帳など)

いずれか

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
実存確認方法	写真付き (1種類)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )	
	写真なし (2種類)	<input type="checkbox"/> 聴き取り票 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 社医療証	
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請 ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 ) <input type="checkbox"/> 郵送による申請	手続き	<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未

この欄は記入しないでください。

取扱者