郵送記入例

特別医療費受給資格証交付申請書

㊞

受給者本人自署の場合は（印）不要です。

1

受給者（申請者）	フリガナ	ヨナゴネギコ
	氏　名	米子　ネギ子　（印）　男・女
	個人番号	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和　○○年　■月　△▼日
	住　所	米子市○×△町1111
	電話番号	（　090　）○△▼×－●▼○△

日中に連絡可能な番号を書いてください。

2

被保険者	フリガナ	ヨナゴネキオヤ	受給者との続
	氏　名	米子　ネギ親　（印）	父
	個人番号		
	住　所	米子市○×△町1111	
	電話番号	（　090　）○△▼×－●▼○	

健康保険証の扶養主を記載してください。
受給者本人の健康保険証の場合は②は記入不要です。
健康保険証の扶養主自署の場合は押印不要です。

種別	1 身障1・2級所持者	保険の種類	生 容
	2 重度知的障がい	協　組	
	3 ひとり親家庭	保　険	
	4 小　児	記　号	
	5 特定疾病	被保険	
	6 精神1級所	保　険	
	7 身障3級所持者	保険者	
	8 その他の知的障が	摘	
	9 精神2・3級所持者		

ひとり親家庭対象児童名（証番

○①②③の欄を記入してください。
　添付書類…種別によって添付する書類は異なります。

○種別ごとに必要となるもの
・小児
　お子様の健康保険証の写し、被保険者の本人確認の書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード等）
・身体障がい者、精神障がい者、知的障がい者
　受給者の健康保険証の写し、各種手帳の写し
（手帳交付日、等級、有効期限等が載っているページ）
・ひとり親家庭
　親子全員分の健康保険証の写し、家族調査票、児童扶養手当証書又は、遺族年金証書等の写し
・特定疾病
　受給者の健康保険証の写し、主治医意見書

※障がい者の方、ひとり親家庭の方で転入者の場合は個人番号の記入が必要です。
その他必要な書類をお願いする場合があります。

本書のとおり関係書類を
今後、特別医療費の助成
簿により、私及び私の世帯
状況、医療保険加入状況、
認されることを承諾します。
また、特別医療費の助成
求及び受領につきまして、米子市長に委任します。
なお、上記により受領した高額療養費につきましては
支払う療養費に充当してください。

3

令和　　年　　月　　日

申請書記入日を書いてください。

米子市長　様