

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)
	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) ○△▼× - ●▼○△	

個人番号の記載は不要です。

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 ネギオヤ	受給者との続柄
	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) ○△▼× - ●▼○△	

個人番号の記載は不要です。

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。

3

種別	1 身障1・2級所持者	保険の種類	年金証書
	2 重度知的障がい者	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級所持者	保険	
	7 身障3級所持者	保険者	
	8 その他の知的障がい者	摘	
	9 精神2・3級所持者	摘	
ひとり親家庭対象児童名(証番号)			
<p>本書のとおり関係書類を添えて今後、特別医療費の助成に関する及び私の世帯全員に係る課税状況、負担医療受給状況、障害者手帳交付また、特別医療費の助成を受けた場合、米子市長に委任します。</p> <p>なお、上記により受領した高額療養費につき、申請書記入日を書いてください。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>米子市長 様</p>			

○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

※その他必要な書類をお願いする場合があります。

申請書記入日を書いてください。

(注1) 受給者(申請者)が被保険者(国民健康保険の被保険者である場合は、世帯主)でない場合は、被保険者欄にも記入してください。
 (注2) 受給者及び被保険者の氏名につきましては、記名押印又は署名のいずれかとしてください。

※確認欄 免許証 健康保険証 マイナンバーカード 身分証 その他()