様式第１号（第４条関係）

|  |
| --- |
| 年　　月　　日大槌町長　　　　　殿申請者　住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　 医療費受給者証交付（更新）申請書　次のとおり医療費受給者証の交付（更新）を申請します。　また、申請に係る所得確認のため、課税台帳の閲覧を行うことに同意します。　なお、高額療養費の代理申請を行うことに同意します。 |
| 　 | 対象区分 |  | 該当要件 | 　 | 　 |
| 受給者 | (フリガナ)氏名 | (男・女) | 生年月日 | 年　　月　　日生(満　　歳) |
| 住所 | 　 |
| 保護者 | (フリガナ)氏名 | (男・女) | 生年月日 | 年　　月　　日生(満　　歳) |
| 住所 | 　 |
| 受給者との続柄 | 　 | 同居・別居の別 | 同居・別居 | 生計関係 | 生計同一・生計維持　 |
| 加入医療保険等 | 被保険者氏名 | 　 | 被保険者からみての受給者との続柄 | 　 |
| 医療保険の種別 | 　 | 記号・番号 | 　 |
| 保険者名 | 保険者番号 | 勤務先 | 　 |
|  |
| 資格取得年月日 | 年　　月　　日 | 附加給付の有無 | 　 |
| 振込先 | フリガナ | 　 | 金融機関 |  |
| 口座名義人 |  |  |
| 口座番号 | 　 | 預金種別 | 　 |
| ※受給者に配偶者がいる場合には、次の事項にも記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |

 |
|  |