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 |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |