

記入例(高校生世代)

郵送で申請される場合は、申請書、支給対象者全員分の保険証のコピー、口座がわかるもの(通帳、キャッシュカードなど)のコピーを郵送ください

①支給対象者(平成17年4月2日から平成20年4月1日生まれの方)を記入してください
※個人番号(マイナンバー)欄は記入不要です

②保護者を記入してください
※支給対象者が寮等にお住まいで保護者の住民票が諫早市外である場合は、対象者本人を記載してください
※個人番号(マイナンバー)欄は記入不要です

様式第1号(第2条関係)

福祉医療費受給資格認定(更新)申請書

支給対象者		申請者(受給者)	
フリガナ	イサハヤ イチロウ	フリガナ	イサハヤ ハナコ
氏名	諫 早 一 郎	氏名	諫 早 花 子 母
生年月日	大正・昭和・平成 令和 ○○年 ○月 ○日(年齢 ○○歳)	生年月日	大正 昭和 平成 令和 ○○年 ○月 ○日
住所	申請者の住所と同じ	住所	申請者の住所と同じ
個人番号		個人番号	

③支給対象者の加入保険の内容を記入してください
※確認のため、支給対象者の保険証のコピーを添付してください

証書記号・番号	第	号
末満の子の氏名(生年月日・年齢)		
(平成・令和 年 月 日生 歳)		(平成・令和 年 月 日生 歳)
(平成・令和 年 月 日生 歳)		(平成・令和 年 月 日生 歳)
(平成・令和 年 月 日生 歳)		(平成・令和 年 月 日生 歳)

加入保険の名称	(国保) 社保・健康保険組合・共済組合・船員・国保組合・日雇・後期	被保険者証記号	い	番号	112233
被保険者氏名	諫 早 花 子	被保険者証の発行機関	420042	加入日年月日	平成 令和 ▲年 ▲月 ▲日
支給対象者との続柄	母	保険者番号			
		名称	諫早市		

上記により認定(更新)されるよう申請します。なお、資格認定及び支給に必要な所得、税及び住民基本台帳並びに医療費支給状況について確認、調査することについて同意します。	委任状(諫早市国民健康保険被保険者の申請にかかる方のみ)
諫早市長 様	私は、福祉医療費に充当するため、諫早市長を受任者と定め、私が加入保険者から受ける高額療養費の申請及び受領に関する事項を委任します。
住所 諫早市 令和 X年 X月 XX日	
東小路町7番1号	
氏名 諫 早 花 子	
電話番号 090-2222-3333	

④(2)で記載した方の署名をお願いします

委任状欄の記載は不要です

振込先	銀行名	諫 早	支店名	市役所	普通	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	名義(カタカナ)	イサハヤ ハナコ											

⑤(2)で記載した方名義の振込先口座を記入してください
※確認のため、通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください