

申請書の記入方法について

※ 申請書の太枠内の情報を下記のとおりご記入ください。

保護者の方の住所、氏名、電話番号をご記入ください。
 ※ 婚姻や就労している方など同一世帯に保護者がいない場合は、対象者本人の住所等をご記入ください。
 ※ 電話番号は、日中繋がりやすい番号を忘れずにご記入ください。

様式第1号

福祉医療費受給資格者証 申請書

令和 4 年 2 月 1 日

(宛先) 前橋市長

(住所) 前橋市大手町二丁目12番1号

対象者の氏名、生年月日、性別をご記入ください。

※ 同一世帯に対象者(新高2,3世代)が複数人いる場合、1枚の申請書でまとめて申請いただけます。

姓

027-123-4567

により、福祉医療費の支給を受けたいので、申請

び世帯員の所得状況等について調査すること。 日、高額療養費等が生じた場合、その申請及び

受領について市長に提出すること。

制 度 区 ・子ども ・母子・父子家庭等 ・重度心身障害者 ・高齢重度障害者

氏 名	生年月日	性 別	受給資格者番号	資 格 付 与 日
マエハシ ハナコ 前橋 花子	平成 17 年 12 月 1 日	女		

被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号	記号	1 2 3 4	番号	5 6 7 8 9
被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名	前橋 太郎			
被保険者、組合員、加入者又は世帯主の続柄	1 本人	2 配偶者	3 子	4 父・母
被保険者、組合員、加入者又は世帯主の住所	1 受給資格者と同じ			
勤務先の名称	まえばし株式会社			
保険資格取得年月日	平成 28 年 4 月 1 日			
	まえばし健康保険組合			

お手元の健康保険証の情報を
ご記入ください。

※ 下図をご参照ください。

1	2	3	4	5	6	7	特定疾病 該・非	非該当
身体障害者手帳	(番号)							級)
国民年金証書	(番号)							級)
公的機関の証明	(認定年月日)							級)
4 特別児童扶養手当	(証書記号番号)							級)
5 療育手帳	(番号)							級)
6 他市町村の証明	(上欄の1・2・3)							該 当)
	*永久認定期間(平成 年 月 日)							
母子・父子家庭等資格要件	死別	離婚	3 未婚	4 生死不明				
(※該当者のみ記入)	6 海外	7 身障	8 拘禁	9 父母のない子				

記 入 不 要

健康保険証情報の確認方法

右図を参考にしながら、お手元の健康保険証の情報を申請書にご記入ください。

- 被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号
- 被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名
- 保険資格取得年月日(保険証の適用年月日)
- 保険者の名称
- 保険者番号

健康保険
被保険者証 平成28年4月10日交付

① 記号 1 2 3 4 番号 5 6 7 8 9 枝番 0 0

マエハシ ハナコ
氏名 前橋 花子
生年月日 平成 17 年 12 月 1 日
性別 女

③ 認定年月日 平成 28 年 4 月 1 日

② 被保険者氏名 前橋 太郎

保険者名 ④ まえばし健康保険組合
保険者番 ⑤ 0 1 2 3 4 5 6 7