

受給者 番号	
-----------	--

子どもの医療費受給者証交付申請書

受給申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名(保護者)				
	住所	(TEL)		子どもとの 続柄	
子ども	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	〒		出生順位	第 子
加入保険	被保険者氏名 (世帯主氏名)		認定年月日	年 月 日	
	記号・番号				
	保険者名				

上記のとおり受給者証の交付を申請します。

年 月 日

住所
申請者
氏名

長岡市長 磯田 達伸 様

後期高齢者医療
国民健康保険 高額療養費及び高額介護合算療養費(医療費部分に限る。)支給申請書兼受領委任状

被保険者記号番号	受給者番号
被保険者氏名	
適用期間	年 診療分から

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費(医療費に係る部分に限る。)に該当し、その支給額が新潟県医療費助成事業(県単)の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費(医療費に係る部分に限る。)の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任します。

年 月 日

様

世帯主 氏名
(申請人)

生年月日 年 月 日