※ 太枠の中を記入してください。（ただし、「コード」欄は記入しないでください。）

(子) 子ども医療費助成認定申請書兼台帳

負担者番号	8	1	4	0	5	0		

福 岡 市　　区 長

令和　　年　　月　　日

（申請者）〒　　－

住 所　福岡市　　区　　丁目　　番　　号　　号室

（※マンション名も記入）

氏 名

TEL（自宅）　－　－

（携帯）　－　－

○高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を福岡市長に委任します。
○私の世帯の課税状況について、公簿により確認されることを承諾します。
○第三者行為に起因する治療に対して、医療費助成を受ける場合は、必ず事前に届け出ます。
以上について承諾し、申請します。なお、記載内容について公簿により確認されることを承諾します。

対象者（子ども）	フリガナ 氏名	生年月日	備考	受給者番号
	コード	平成・令和　年　月　日		
	コード	平成・令和　年　月　日		
	コード	平成・令和　年　月　日		
	コード	平成・令和　年　月　日		
	コード	平成・令和　年　月　日		

健康保険				
記号・番号		フリガナ		続柄 子の
保険者番号		被保険者氏名		
		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	
保険者名称		コード		
		被保険者住所	（※対象者と住所が異なる場合にのみ記入してください）	

【確認方法】☐ 資格情報のお知らせ/☐ 資格確認書/☐ マイナポータル資格情報画面/☐ 個人番号による健康保険情報の照会に同意する

取得事由								
1. 新規 2. 市外転入 3. 区外転入 4. 保険加入 5. 生保廃止 6. その他（　　） 7. 制度改正	取得日	・　・	申請	☐ 郵送　☐ 窓口	交付	☐ 郵送　☐ 窓口		
	申請日	・　・	決裁	課長	係長	係員	受付	処理欄 入力
	交付日	・　・						医療証