

2

太枠内を記入してください

医療福祉費受給者証（交付・更新）申請書（台帳兼用）

医療福祉費受給者証（交付・更新）申請書（台帳兼用）										区 分	
										公費負担/受給者番号	
市町村コード 市 年度 作成日										区 分	
										1. 削除 2. 新規 3. 修正	
記 録	①			受給者本人	()			本人			
				夫（末届含む）	()			夫			
					()						
					()						
所 得 控 除											
加 入 医 療 保 険	保険者コード	種別	取得年月日	喪失年月日	被保険者等記号・番号				保険種別の内容		
									1. 協会 4. 船員 7. 国組 2. 組合 5. 共済 8. 後期 3. 日雇 6. 国保		
									開始 終了 年度		
口座項目 銀行口座 口座番号 口座名義人（カナ） 令和 年 月 日 申請者住所 氏名 土浦市長殿											

①・②の太枠内を記入してください

① 個人番号（マイナンバー12桁）・氏名・生年月日・続柄
※ 個人番号が不明な場合は記載不要

② 申請日・住所・保護者名を記入

②

のとおり医療福祉費受給者証の交付(更新)を申請します。

令和 年 月 日

申請者住所
氏名
土浦市長殿

受給者本人の住所・氏名