

本人確認						
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留
保険	受給	児扶	特児	年金		

大垣市老人医療費受給者証交付（更新）申請書

受 給 者 証 番 号										有 効 期 間									
										から まで									
住 所										大垣市									
フリガナ										続柄		生年月日				個 人 番 号			
氏 名																			
受給資格者										本人									
加入医療保険	被 保 険 者 (世帯主)氏名										受 給 資 格 者 と の 続 柄								
	住 所										保 険 者 番 号								
	保 険 種 別				国保・協会・組合・ 共済・国組・船員						記 号 番 号								
	保 険 者 名										附加給付等の 有 無				有 ・ 無				
交付申請の理由				1 年齢到達のため 2 転入してきたため 3 その他の事由（ ） 上記発生年月日（ . . ） 交付年月日（ . . ）															
上記のとおり大垣市老人医療費受給者証の交付を申請します。 私が大垣市国民健康保険の被保険者である場合は、当該国民健康保険に関する情報の閲覧について同意します。 また、医療費助成に関する情報を保険者に提供することに同意します。 被保険者(世帯主)は、高額療養費の請求及び受領について大垣市長に委任します。 なお、上記同意及び委任については、申請日から受給資格の対象年齢期間終了まで継続することを承諾します。 年 月 日 申請者 住 所 大垣市 氏名 被保険者（世帯主）氏名 (電話番号 - -) 大 垣 市 長 様																			

受付	手渡	郵送	入力	マイポ