

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			
6	0	2	-				
				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
住所							
フリガナ		続柄	生年月日	個人番号			
氏名							
受給資格者			本人	年 月 日			
加入医療保険	被保険者(世帯主)氏名		受給資格者の続柄				
	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		
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(. .)					
<p>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。 なお、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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 被保険者(世帯主)氏名 (電話番号 - -)</p> <p>大垣市長様</p>							

受付	手渡	郵送	入力