

親

福祉医療証交付申請書

年 月 日

横浜市長

次のとおり申請します。

申請者	住所	
	氏名	
	電話・FAX	()

赤い太枠の中を記入してください。

申請者及び家族の状況	フリガナ		続柄	性別	生年月日	同居別居	給付区分	資格取得年月日 喪失予定年月日	受給者番号 個人番号
	氏	名							
申請者及び家族の状況	1		本人	男・女	・	—	1障 9生 7後高 8後障	・	
	2			男・女	・	同居別居	1障 9生	・	
	3			男・女	・	同居別居	1障 9生	・	
	4			男・女	・	同居別居	1障 9生	・	
	5			男・女	・	同居別居	1障 9生	・	
ひとり親家庭等となった理由			<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> その他 ()			前区世帯番号	制度区分	<input type="checkbox"/> 1 児扶手当 (証書番号) <input type="checkbox"/> 2 父子家庭 <input type="checkbox"/> 3 年金世帯	
申請理由 01 市外転入 (転入日 ・ ・) 02 区間転入 03 出生 04 申請 05 生保廃止 07 職権復活 08 その他			加入保険の種類	1 国保 2 県内国組 3 協会けんぽ 4 特例 5 組合 6 船員 7 共済 8 県外国組 9 後期高齢	(備考)	小児		水道減免	

確認欄	住基	戸籍謄本	所得証明		健康保険	障害	その他書類	入力	確認	区 受 付
			年度	確認		<input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書				
			年度							
課長	係長	係員	上記に基づき処理します。							
			認定・証交付	年	月	日	起案	年	月	日
			不認定・不交付通知	年	月	日	決済	年	月	日

(注意) 家族が6人以上の場合は、裏面に記入してください。

家族状況	フリガナ		続柄	性別	生年月日	同居 別居	給付区分	資格取得年月日 喪失予定年月日	受給者番号 個人番号
	氏	名							
家族状況	6			男・女	・	同居 別居	1障 9生	・ ・	
	7			男・女	・	同居 別居	1障 9生	・ ・	
	8			男・女	・	同居 別居	1障 9生	・ ・	
	9			男・女	・	同居 別居	1障 9生	・ ・	
	10			男・女	・	同居 別居	1障 9生	・ ・	

番号	保険者番号							保険加入年月日	年	月	日	
	保険者氏名							被保険者氏名・続柄	()			
番号	保険者番号							保険加入年月日	年	月	日	
	保険者氏名							被保険者氏名・続柄	()			
番号	保険者番号							保険加入年月日	年	月	日	
	保険者氏名							被保険者氏名・続柄	()			

◇ 資格区分 コード表

1	父母	父母
2	養育者	養育
3	孤児等の養育者	孤養
4	配偶者	配偶
5	扶養義務者	扶養
6	児童	児童
7	在学児童	在学
8	勤労児童	勤児

◇ 続柄 コード表

01	世帯主	52	母
11	夫	53	養父
12	妻	54	養母
13	夫(未届)	55	兄
14	妻(未届)	56	弟
41	養子	57	姉
42	養女	58	妹
43	子	61	縁故者
51	父	62	同居人