

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	印
	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							
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	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"/> 生死不明	<input type="checkbox"/> 遺棄	<input type="checkbox"/> 拘禁			他都市の加入状況 有 ・ 無
理由	<input type="checkbox"/> その他 ()			(備考)		

申請理由	01 市外転入 (転入日 ・ ・)	加入保険の種類	1 国保	(備考)	小児	水道減免
	02 区間転入		2 県内国組			
03 出生	3 協会けんぽ					
04 申請	4 特例					
05 生保廃止	5 組合					
07 職権復活	6 船員					
08 その他	7 共済					
	8 県外国組					
	9 後期高齢					

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