

## 受療証交付申請書(国保・後期共通)

### 記入例

### 国保の例

#### 北九州市はり、きゅう受療証交付申請書

(あて先) 北九州市長

国民健康保険の被保険者番号 4 0 0 - 0 1 2 3 4 5 6 7

後期高齢者医療保険の被保険者番号

国保の被保険者番号  
をご記入ください。

申請年月日、受療証  
の交付を受ける国保  
世帯員の属する世  
帯の世帯主の住所、  
氏名、電話番号をご  
記入の上、押印して  
ください。(自署の場  
合は押印不要)

(申請者)	令和〇〇年〇〇月〇〇日 北九州市 〇〇〇 区 〇〇町 〇丁目 〇番(地) 〇〇号 氏名 北九 太郎 様方 (国保の場合は世帯主氏名) (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇)	受療証の交付が 必要な方のお名前 生年月日 明・大・昭・平〇年〇月〇日 年齢〇〇歳	北九 A子
		受療証の交付が 必要な方のお名前 生年月日 明・大・昭・平△年△月△日 年齢△△歳	北九 一郎
		受療証の交付が 必要な方のお名前 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 年 齡	
		日) 日)	

(新年度分の交付 : 有・無)

受療証の交付を受ける国保世帯員の氏  
名、生年月日、年齢をご記入ください。

### 後期の例

#### 北九州市はり、きゅう受療証交付申請書

(あて先) 北九州市長

国民健康保険の被保険者番号

後期高齢者医療保険の被保険者番号

受療証の交付を受ける  
方の後期高齢者医  
療の被保険者番号  
をご記入ください。

(申請者)	令和〇〇年〇〇月〇〇日 北九州市 〇〇〇 区 〇〇町 〇丁目 〇番(地) 〇〇号 氏名 北九 太郎 様方 (国保の場合は世帯主氏名) (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇)	受療証の交付が 必要な方のお名前 生年月日 明・大・昭・平〇年〇月〇日 年齢〇〇歳	北九 太郎
		受療証の交付が 必要な方のお名前 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 年 齡	
		受療証の交付が 必要な方のお名前 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 年 齡	
		日) 日)	

※ 太線の中をご記入ください。

申請年月日、受療証の交付を受ける後期高齢者の住所、氏名、生年  
月日、電話番号をご記入の上、押印してください。(自署の場合は押印  
不要)