

子ども医療費受給資格者証交付申請書

津山市長 殿

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、子ども医療費受給資格者証の交付を申請します。
 なお、申請に当たり公簿により世帯の所得及び国民健康保険の加入状況を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を貴市へ支払います。

		申請日	年 月 日		
保護者	申請者	フリガナ			
		氏名			
	住所	〒	-		
		電話	()		
生計 主宰者	フリガナ			対象者 との続柄	
	氏名				
	個人番号				
対象者 (子ども)	フリガナ			性別	
	氏名				男 ・ 女
	生年月日	年	月	日	年齢
	個人番号			歳	
申請理由		1 出生 2 転入 3 再発行 4 その他()			
加入 医療 保険	被保険者又は世帯主の氏名			対象者の続柄	
	被保険者証の記号・番号	記号	番号		
	保険者番号			特定疾患	
	保険者名			付加給付	
他の公費負担制度による医療費の支給		有 (制度名 :) ・ 無			
特記事項		再発行の場合の理由等			

〈添付書類〉

○ 医療保険の保険証の写し

対象者(子ども)の名前が記載されている被保険者証、被扶養者証、組合員証等医療保険の加入関係を示すものの写し(カード型の被保険者証等については、その券面の写し)