

課長	課長補佐	係長	係員

子ども医療費受給資格者証 交付申請書

笠岡市長 殿

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、受給資格者証の交付を関係書類を添えて申請します。
 なお、申請に当たり公簿により私の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。
 家族療養附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。

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者 (被保険者)	住所	笠岡市			連絡先 (TEL)	() - 父・母・その他 ()
	フリガナ				生年月日	昭・平 年 月 日
	氏名	Ⓜ			子ども との続柄	父・母・その他 ()
加入 医療 保険	被保険者証 記号・番号	記号			番号	
	保険者番号				保険種別	協・船・共・組・国
	保険者名称					

Ⓜ

申請理由	出生・転入・その他 () 発生年月日 (令和 年 月 日)				
受給対象者 (子ども)	氏名・フリガナ	性別	生年月日		受給者番号
		男・女	平・令 年 月 日		
		男・女	平・令 年 月 日		
		男・女	平・令 年 月 日		
		男・女	平・令 年 月 日		
		男・女	平・令 年 月 日		

※以下は、被保険者が別世帯の場合のみご記入ください。

保護者	住所	笠岡市			保護者の 連絡先 (TEL)	() -
	フリガナ				子ども との続柄	父・母・その他 ()
	氏名					

(添付書類)

※ 対象者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入
 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、その券面の写しが該当。)