

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 (保護者)	フリガナ						(署名欄)		
	氏名								
	個人番号						子どもとの続柄	父・母・その他()	
	住所						連絡先	- -	
				生年月日	昭・平	年 月 日			
主たる 生計維持者 (申請者と異なる場合)	フリガナ								
	氏名								
	個人番号						子どもとの続柄	父・母・その他()	
	住所						連絡先	- -	
				生年月日	昭・平	年 月 日			
申請理由		出生・転入・その他()			異動日	令和	年 月 日		
受給対象者 (子ども)	フリガナ	1		2		3			
	氏名								
	生年月日	平・令	年	月	日	平・令	年	月	日
	性別・続柄	男・女	子・()	男・女	子・()	男・女	子・()		
	加入保険	国保・社保		国保・社保		国保・社保			
	個人番号								
	受給者番号	/		/		/			
	フリガナ	4		5		6			
	氏名								
	生年月日	平・令	年	月	日	平・令	年	月	日
	性別・続柄	男・女	子・()	男・女	子・()	男・女	子・()		
	加入保険	国保・社保		国保・社保		国保・社保			
個人番号									
受給者番号	/		/		/				

(添付書類) ※ 対象者(子ども)の個人番号カード等の写し

加入医療保険	被保険者氏名			子どもとの続柄						
	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	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> 笠岡市		<input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/>						
	認定年月日	平・令	年	月	日	交付年月日	平・令	年	月	日
受付処理			手渡し・郵送	(/)						
台帳整理										
								月 日		