

子ども医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

備前市長 様

| | | |
|--------------|----|-----------------|
| 申請者 (保護者) | 住所 | 電話() ー |
| | 氏名 | 印 (子どもとの続柄) |

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて子ども医療費受給資格者証の交付(再交付)を申請します。

なお、申請にあたり公簿により所得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。

私が家族療養費付加給付金を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。

| | | | | |
|------------------|-----------------------------------|---------------|------------|-------|
| 申請理由 | 1 新規(出生 転入) 2 再発行(紛失 き損) 3 その他() | | | |
| 対象者 (子ども) | ふりがな 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 保護者との続柄 | |
| 加入医療 保 険 | 被保険者又は 世帯主の氏名 | | 子どもとの続柄 | |
| | 住 所 (申請者と同じ場合省略可) | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 保 険 種 別 | 協・船・共・組・国 | 有効期間 | 年 月 日 |
| | 保険者番号及び 保険者名称 | | 被保険者証の記号番号 | 記号 |
| | | | | 番号 |
| 附 加 給 付 | 有・無 | 備 考 | | |
| 他の制度による医療費の支給の有無 | | 有 (制度名一) ・ 無 | | |
| 特記事項 | 再発行の場合理由 | | | |