

様式第1号(第3条関係)

子ども医療費受給資格者証交付申請書

令和 年 月 日

備前市長 様

申請者 (保護者)	住所	電話() — 印 (子どもとの続柄)
	氏名	

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	平成 令和 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—) ・ 無		
特記事項	再発行の場合理由			
市使用欄	受給者番号	交付方法 郵送 ・ 窓口		