

# 乳幼児医療費受給資格者証交付申請書

平成 年 月 日

備前市長 殿

申請者 (保護者)	住所	-
		電話(            )            -
	氏名	印 (乳幼児との続柄            )

乳幼児に係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて乳幼児医療費受給資格者証の交付(再発行)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、高額医療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医療費のうち、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 事	請 由	1 新規(出生 転入)    2 再発行(紛失 毀損)    3 その他(            )						
対 象 乳 幼 児	ふりがな 氏名				性別	男 ・ 女		
	生年月日	平成 年 月 日			保護者との続柄			
	被保険者又は 世帯主の氏名				乳幼児との続柄			
	保 険 種 別	政・船・共・組・国・退			有 効 期 間	平成 年 月 日		
	保 険 者 番 号 及 び 名 称							被 保 険 者 証 の 記 号 番 号
	付 加 給 付	有 ・ 無			備 考			
児童手当の受給		有 ・ 無			標 準 報 酬 月 額			
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							