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

　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。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 　ふりがな | ふりがな |
|  |  |
| 生年月日 | 平成令和　　　　年　　　月　　　日 | 平成令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 性別・年齢 | 　男　・　女　（　　　　）歳 | 　男　・　女　（　　　　）歳 |
| 保護者との続柄 |  |  |
| 他の制度による医療費の支給の有無 | 　　　　制度名有　(　　　　　　　　　)　・　無 | 　　　制度名有　(　　　　　　　　　)　・　無 |
| 加入医療保　　険 | 被保険者又は　　世帯主の　　 | ふりがな | 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 | 　 |
| 特記事項 | 再発行の場合理由 |
| 市使用欄 | 受給者番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　窓口交付　　未　・　済 | 　郵送交付　　未　・　済 |