

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 <small>ふりがな</small> 氏 名	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

