

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

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、申請に当たり私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況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 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	

(添付書類)

○医療保険各法の被保険者であることが確認できるもの(資格確認書等)

※対象者(子ども)の資格確認書等の写し