

保護者各位

小林市子育て支援課長
(公印省略)

中学生の医療費助成に伴う手続きについて (通知)

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

市では、平成31年1月から中学生の医療費の一部助成を行います。助成の内容は、一診療報酬明細ごとに800円を超える額を助成し、調剤薬局分は無料となります。

対象者の方は受給資格証の申請を行っていただく必要がありますので、下記のとおり必要書類の提出をお願いいたします。

記

1. 申請に必要な書類

- ・受給資格証交付申請書及び同意書兼委任状
(表裏両面となっておりますので、漏れなくご記入ください。)
- ・対象となるお子さまの健康保険証のコピー

2. 提出先及び提出期限

- ・各学校又は市子育て支援課へ提出
- ・平成30年9月28日(金)

3. 受給資格証の発送について

- ・中学生：12月中旬 ⇒H31.1月助成制度開始
- ・現小学6年生：H31.3月中旬 ⇒H31.4月以降の受診に必要

4. その他

- ・ご不明な点やご質問については、直接子育て支援課へお問い合わせください。
- ・提出いただいた書類に不備等があった場合は、子育て支援課担当者から直接ご連絡を差し上げる場合がありますのでご了承ください。

文書取扱

健康福祉部子育て支援課

電話 23-1278

記入例(表)

療費

受給資格登録
受給資格証交付

申請書

平成30年 〇月 〇日

小 林 市 長 様

住所	小 林 市 細 野 〇〇 番 地
氏 名	小 林 太 郎 (子どもの続柄 父)
個人番号	こちらには記入しないでください
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
申請者 (保護者)	

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子育て支援子ども医療費受給資格の登録及び受給資格証の交付を申請します。

なお、受給資格の登録及び受給資格証交付に当たり、受給申請時及び受給期間中に所得・税額等の状況を確認すること、助成対象者の属する世帯の構成・異動状況について調査・確認することに同意します。

記

ふりがな	こばやし はなこ	性別	男・女	生年月日	平成××年×月×日
氏 名	小 林 花 子	性別	男・女	生年月日	××年×月×日
住 所	小 林 市 細 野 〇〇 番 地	性別	男・女	生年月日	××年×月×日
ふりがな		性別	男・女	生年月日	××年×月×日
氏 名		性別	男・女	生年月日	××年×月×日
住 所		性別	男・女	生年月日	××年×月×日
ふりがな		性別	男・女	生年月日	××年×月×日
氏 名		性別	男・女	生年月日	××年×月×日
住 所		性別	男・女	生年月日	××年×月×日
種別	組・私・船・共・園・協	種別	有・無	種別	有・無
記号・番号	こちらには記入しないでください	記号・番号	こちらには記入しないでください	記号・番号	こちらには記入しないでください
保険者名		保険者名		保険者名	
被保険者氏名		被保険者氏名		被保険者氏名	

※下欄には記入しないでください。

受給者番号	認定事由・年月日	受付者印	本庁
1			
2			
3			
有効期限	年 月 日 交付年月日	支所	

※注意事項

- 1 子どもの加入する医療保険の保険証を持参してください。
- 2 受給資格証を破損又は汚損したときは、その受給資格証を持参してください。
- 3 保護者は、原則として、児童手当受給者になります。主たる生計維持者を記入してください。

記入例(裏)

子育て(支援)子ども医療費助成事業に係る同意書兼委任状

小 林 市 長 様

(同意) 私は、標記事業の実施のため必要があるときに、実施機関が行う下記の項目について同意します。

- ・ 子どもが加入している健康保険の被保険者証と同じ記号番号の被保険者証を持つ者又は子どもを地方税法に基づく扶養としてしている者及びその被扶養者を、子どもの世帯員として認定すること。
- ・ 子ども及びその世帯員にかかる所得及び課税状況について、地方税法に基づく住民税の課税台帳等により確認または調査すること。
- ・ 子ども及びその世帯員にかかる保険診療に関すること及び高額療養費や附加給付等、保険者からの保険給付及びその他の給付について保険者に調査を行うこと。

(委任) 私は、子どもが受けた保険診療に係る高額療養費や附加給付等、保険者からの保険給付及びその他の給付について、申請・請求・受領に関する一切の権限を小林市長に委任します。

健康保険の種別	全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合
国民健康保険	国民健康保険
社会保険等	記号 番号
被保険者(世帯主)氏名	小 林 太 郎
子どもの氏名	小 林 花 子
保 険 者 名	こちらには記入しないでください
勤 務 先 の 名 称	株 式 会 社 〇〇

子どもが加入している保険証の被保険者
※国民健康保険の場合、世帯主

(注)被保険者証等の記号・番号は保険証の一番上に記載してあるすべての記号・番号を記入してください。

平成 30 年 〇 月 〇 日

記入した日

<被保険者(国民健康保険の場合は世帯主)>

住 所 小 林 市 細 野 〇〇 番 地

氏 名 小 林 太 郎

電 話 〇984-12-3456

