

子育て支援子ども医療費

〔 受給資格登録
受給資格証交付 〕

申請書

年 月 日

小林市長 様

| | | |
|--------------|------|-------------|
| 申請者 (保護者) | 住所 | |
| | 氏名 | Ⓜ (子どもとの続柄) |
| | 個人番号 | |
| | 電話番号 | |

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・税額等の状況を調査・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

| | | | | | | |
|------|--------|----------------|----------------|-------|-------|--|
| 子ども | 1 | ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | |
| | | 氏名 | | | 年 月 日 | |
| | | 住所 | | | | |
| | 2 | ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | |
| | | 氏名 | | | 年 月 日 | |
| | | 住所 | | | | |
| | 3 | ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | |
| | | 氏名 | | | 年 月 日 | |
| | | 住所 | | | | |
| 医療保険 | 種別 | 組・私・船・共・国・国組・協 | 附加給付 | 有・無 | | |
| | 記号・番号 | | 保険者番号 | | | |
| | 保険者名 | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | 加入年月日 (子ども) | 年 月 日 | | |

※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 | | Ⓜ | 支所 |
| 2 | | | |
| 3 | 年 月 日 | | |
| 有効期限 | 年 月 日 | 交付年月日 | 年 月 日 |

※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。

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付加給付等、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 その他() |
| 国民健康保険 | 記号番号 |
| 社会保険等 | 記号 番号 |
| 被保険者(世帯主)氏名 | |
| 子どもの氏名 | |
| | |
| | |
| 保険者名 | |
| 勤務先の名称 | TEL |

(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 年 月 日

<被保険者(国民健康保険の場合は世帯主)>

住 所

氏 名



電 話