

子ども医療費受給資格者証交付申請書

令和 年 月 日

真庭市長 様

申請者 (保護者)	住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 真庭市 電話() -
	氏名	ふりがな (こどもとの続柄:)

こどもに係る医療費の給付を受けたいので、関係書類を添えて子ども医療費受給資格証の交付(再発行)を申請します。

なお、申請に当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。

家族療養費付加給付金を私が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。

申請理由	1 出生 2 転入(令和 年 月 日) 3 再発行 4 その他()					
対象 こども	ふりがな			性別	男 ・ 女	
	氏名					
	生年月日	平成 ・ 令和	年 月 日	保護者との続柄	子 ・ ()	
加入医療 保 険	被保険者又は世帯主の氏名			こどもとの続柄	父 ・ 母 ・ ()	
	保 険 種 別	協 ・ 船 ・ 共 ・ 組 ・ 国 ・ 退		有効期限	令和 年 月 日	
	保 険 者 番 号 及 び 名 称	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		被保険者証の 記号・番号	記号	
					番号	
	付 加 給 付	有 ・ 無		備 考		
他の制度による医療費の支給の有無			有(制度名一) ・ 無			
特記事項	再発行の場合理由 紛失 ・ 汚損 ・ 破損 ・ 記載事項が不明になった					

<input type="checkbox"/> 国保以外の健康保険被保険者証 ・ コピー添付済 ・ 持参しなかったため電話等により確認済
--

<input type="checkbox"/> 受給者証 交付済 ・ 未交付 <input type="checkbox"/> 給付申請書(ピンク色) 渡し済 ・ 未渡し

受給者証受領署名 (フルネーム)
