

子ども医療費 受給資格登録 申請書
 受給資格者証交付

年 月 日

豊後大野市長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 - 電話 - -
	氏名	①

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

なお、高額療養費について、課税状況の調査に同意するとともに、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。

また、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。

記

子ども	(ふりがな) 氏名	申請者との 続柄	性別	生年月日	住所 (同居の場合は省略可)	受給資格者番号 ※市役所記入
	()		男・女	年 月 日	豊後大野市	
	()		男・女	年 月 日	豊後大野市	
	()		男・女	年 月 日	豊後大野市	
	()		男・女	年 月 日	豊後大野市	
	()		男・女	年 月 日	豊後大野市	
	()		男・女	年 月 日	豊後大野市	

医療 保 険	資格取得年月日	年 月 日	保険種別	協会・組・船・共・国		
	被保険者証等の記号・番号		記号	番号		
	被保険者又は世帯主の氏名					
	保険者名				保険者番号	
備考						

- 添付書類 1 子どもの健康保険被保険者証の写し
 2 申請者（保護者）の通帳等の写し

(受給資格者証発行)