

子ども医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

井原市長 殿

申請者 (保護者)	住所	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </div> </div> 井原市 町 番地
	氏名	電話 () - (対象者との続柄)

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（再発行・更新）を申請します。

なお、申請にあ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井原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、過払い相当額を井原市へ支払います。

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、当該相当額を井原市へ支払います。

申請理由	1. 出生 2. 転入 3. 再発行 4. 更新 5. その他 ()				
対象者	フリガナ			性別	男・女
	氏名				
加入 医療保険	生年月日	年	月	日	保護者との続柄
	被保険者又は世帯主の氏名				対象者との続柄
	保険種別	協・船・共・組・国・退		認定年月日	年 月 日
	保険者番号				資格取得年月日
	及び名称				被保険者証の
付加給付	有・無			記号番号	
児童手当の受給	有・無			標準報酬月額	円
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				