様式第1号（第3条関係）

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

申請者氏名 （保 護 者）			
申請者住所 （保 護 者）	〒　　－　　TEL		
主たる生計 維持者氏名		対象者との続柄	
個人番号			

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、受給者証の交付（再発行）を申請します。
なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況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	1	2
	氏名		
	生年月日	平成・令和　年　月　日	平成・令和　年　月　日
	性別・年齢	男・女（　　）歳	男・女（　　）歳
	保護者との続柄		
	他の公費負担制度による医療費の支給	有（制度名　　）・無	有（制度名　　）・無
	個人番号		
加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名		対象者との続柄
	被保険者の記号・番号	記号	番号
	保険者番号		保険種別　協・船・共・組・国・退
	保険者名称（発行機関名）		認定年月日 資格取得年月日　年　月　日
	付加給付	有（内容：　　）・無	
特 記 事 項		再発行の場合の理由	

（添付書類）

○ 医療保険各法の被保険者であることが確認できるもの（個人番号カード等）

※対象者の個人番号カード等の写し。