

		受給者番号			
氏名(子ども)		ふりがな 氏名		住所 淡路市	
生年月日		年 月 日生			
保護者 (扶養義務者)		氏名		住所	
		続柄			
加入医療保険	ふりがな 被保険者氏名		続柄		住所
	保険種別	政・組・日・船 共・国・組国	記号・番号		
	保険者名称		(保険者番号)		所在地
所得状況			① 保護者	②扶養義務者	③ その他
	控除対象配偶者及び扶養親族の合計 数(うち老人扶養親族の数)		人 (人)	人 (人)	人 (人)
	前年の所得額		円	円	円
	控除額		円	円	円
	控除後の所得額		円	円	円
判定所得額		円	円	円	円
医療機関名		受診期間		年 月 日 から 年 月 日 まで (日数 日)	
総医療費	保険者負担額	高額療養費	附加給付金	自己負担額 (本人支払額)	支給決定額
添付書類	1 保険給付がなされることを証明した書類 2 保険医療機関等において発行された領収書 3 医療保険が療養費払いの場合は療養費支給証明書 4 家族療養費附加金等がある場合には、附加給付等支給額証明書				
申請理由	1 受給資格要件に該当するようになったため(年齢到達) 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 その他() (交付事由発生年月日 令和 年 月 日)				
上記により 医療費受給者証の交付 ・ 医療費の支給 を申請します。 なお、資格認定については、保護者、扶養義務者等の税情報による所得調査及び住民基本台帳による調査を承諾します。 当該子ども医療費の助成において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である淡路市に委任します。 令和 年 月 日 淡路市長 様 申請者 住所 氏名 (電話)					
振込先金融機関名			預金種別	1 普通	2 当座
銀行 信用金庫 農協 信用組合			本店	口座番号	
			支店	フリガナ	
			支所 出張所	口座名義人	

記入例

太線で囲まれている部分を申請書に記入してください

子ども医療費(受給者証交付・支給)申請書

		受給者番号			
氏名(子ども)		ふりがな 氏名		住所	
生年月日		氏名 〇年 〇月 〇日生		淡路市 生穂新島〇番地	
保護者 (扶養義務者)		氏名 保護者の氏名		住所	
		続柄 父・母など		同上	
加入医療保険	ふりがな 被保険者氏名	被保険者の氏名		続柄	住所
	保険種別	政・組・日・船 共・国・組国	記号・番号	〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇
	保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部 (保険者番号 12345678)		所在地 神戸市中央区〇〇〇	
所得状況	控除対象配偶者及び扶養親族の合計 数(うち老人扶養親族の数)		① 保護者	② 扶養義務者	③ その他
	前年の所得額		円	円	円
	控除額		円	円	円
	控除後の所得額		円	円	円
判定所得額		円	円	円	円
医療機関名	〇〇〇病院・薬局 など		受診期間	〇年 〇月 〇日 から 〇年 〇月 〇日 まで (日数 〇日)	
総医療費	保険者負担額	高額療養費	附加給付金	自己負担額 (本人支払額)	支給決定額
添付書類	1 保険給付がなされることを証明した書類 2 保険医療機関等において発行された領収書 3 医療保険が療養費払いの場合は療養費支給証明書 4 家族療養費附加金等がある場合には、附加給付等支給額証明書				
申請理由	1 受給資格要件に該当するようになったため(年齢到達) 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため 4 その他() (交付事由発生日 令和 年 月 日)				
上記により 医療費受給者証の交付 ・ 医療費の支給 を申請します。 なお、資格認定については、保護者、扶養義務者等の税情報による所得調査及び住民基本台帳による調査を承諾します。 当該子ども医療費の助成において、公費で現物給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を公費負担者である淡路市に委任します。					
令和 年 月 日 淡路市長 様		申請者 住所 氏名 (電話		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> 日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください </div>	
振込先金融機関名		預金種別			
〇〇〇銀行		口座番号		1 普通 2 当座	
信用金庫		フリガナ		〇〇〇〇〇〇	
農協		口座名義人		氏名	
信用組合		〇〇〇本店支所出張所			