

こども医療費(受給者証交付・支給)申請書

				受給者番号												
① 受給者	ふりがな氏名			住 所	淡路市											
	生年月日	年 月 日		個人番号												
② 保護者・扶養義務者	ふりがな氏名			住 所	□受給者と同じ										受給者との続柄	
															父・母()	
	生年月日	年 月 日		個人番号												
	年1月1日時点の住民登録地				都 道 府 県				市 区 町 村							
	ふりがな氏名			住 所	□受給者と同じ										受給者との続柄	
															父・母()	
	生年月日	年 月 日		個人番号												
年1月1日時点の住民登録地				都 道 府 県				市 区 町 村								
加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄	父・母()	住 所	□受給者と同じ									
	加入医療保険者名称	(保険者番号)			被保険者記号・番号	—										
医療の種別	入院・入院外・調剤・歯科・補装具・高額医療費・その他 ()															
医療機関等の名称				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は、附加給付等支給額証明書															
申請理由	□年齢到達 □転入 □保険加入 □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、受給者、保護者、扶養義務者等の税情報による所得情報の調査（個人番号制度による情報連携によるものを含む。）及び住民基本台帳による調査を承諾します。 当該こ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 淡路市 氏 名 (電話)																
振込先金融機関名				預金種別		1 普通 2 当座										
銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所 信用組合 出張所				口座番号												
				フリガナ												
				口座名義人												

※ 所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望する場合は、①及び②欄は本人が自署してください。

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

こども医療費(受給者証交付・支給)申請書

① 受給者		ふりがな氏名	子の氏名		住所	淡路市 生穂新島〇〇番地	
		生年月日	〇年 〇月 〇日	個人番号			
② 保護者・扶養義務者		ふりがな氏名	父の氏名		住所	☒ 受給者と同じ 受給者との続柄 (父・母)	
		生年月日	〇年 〇月 〇日	個人番号			
		年1月1日時点の住民登録地		都道府県	市区町村		
		ふりがな氏名	母の氏名		住所	☒ 受給者と同じ 受給者との続柄 (父・母)	
		生年月日	〇年 〇月 〇日	個人番号			
		年1月1日時点の住民登録地		都道府県	市区町村		
加入医療保険	被保険者氏名	被保険者の氏名		受給者との続柄	(父・母)	住所	☒ 受給者と同じ
加入医療保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部 (保険者番号 12345678)		被保険者記号・番号	12345 — 12345			
医療の種別	入院・入院外・調剤・歯科・補装具・高額医療費・その他 ()						
医療機関等の名称				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は、附加給付等支給額証明書						
申請理由	☐ 年齢到達 ☐ 転入 ☐ 保険加入 ☐ 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、受給者、保護者、扶養義務者等の税情報による所得情報の調査(個人番号制度による調査を含む。)及び住民基本台帳による調査を承諾します。 当該こ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 〇年 〇月 〇日 淡路市長 様							
				申請者	住所	淡路市 生穂新島〇〇番地	
				氏名	申請者(保護者)の氏名 (電話 090-0000-0000)		
振込先金融機関名		口座番号		口座名義人			
銀行		本店					
信用金庫		支店		フリガナ			
農協		支所					
信用組合		出張所					

①受給者の氏名・生年月日・住所などを記入してください。

②保護者(父母)の氏名・生年月日・住所などを記入してください。

祖父母等が、子どもの生計を維持している場合は、祖父母等の氏名を記入してください。

日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください

申請日・申請者(保護者)の住所・氏名・日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

※ 所得情報の調査について、個人番号制度による情報連携を希望する場合は、①及び②欄は本人が自署してください。