

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	

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。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。

また、個人番号を利用した健康保険資格情報照会を行うことに同意します。

記

子ども	(ふりがな) 氏名	申請者 との 続柄	生年月日	同・別	個人番号	受給資格者番号 ※市役所記入
		( )		年 月 日		
	( )		年 月 日			乳・学・高 ( )
	( )		年 月 日			乳・学・高 ( )
	( )		年 月 日			乳・学・高 ( )
	( )		年 月 日			乳・学・高 ( )
	( )		年 月 日			乳・学・高 ( )

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	
口座	金融機関				支店	
	口座名義				口座番号	
備考						

- 添付書類 1 子どもの医療保険被保険者資格情報等の写し  
 2 申請者(保護者)の通帳等の写し

(受給資格者証発行)