こども医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

早島町長殿

こ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、申請に当たり公簿等(個人番号による情報連携を含む)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貴市町村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町村へ支払います。

申請者氏名 (保護者)																									
申請者住所 (保 護 者)					_											TEL		()						
主た 維持													対象者との続柄												
個。	人番号																								
申請理由					1 出生 2 転入 3 再発行 4 更新										更新	折 5 その他()									
特	記事	ĺ		1	手発	行の)場	合の	理(± 1															
対 象 者 (こども)	フリ	7	ガ	ナ	1											2									
	氏			名																					
	生 年	年 月 日											年 月 日												
	性別	性別・年齢					男 • 女 ()歳										男・女()歳								
	配偶者	有・無											有 ・ 無												
	申請者	=請者との続柄																							
	育 成	育 成 医 療				有 • 無										有 ・ 無									
	他の公費よる医療	制度名 有()・無									制度名 有()・							• 無	無						
	個人	章	番	号																					
加入医療保険	被保险世帯自											対象者 との続柄								'					
	被保記号	記見	<u>-</u>										番号												
	保険	<u>・</u> 者	番 番	号													1		保	険種	別				
	保険者名称(発行機関名)							1		1		1			<u> </u>		ı					1			
	附加	有(内容:)・無												

(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(こども)の個人番号カード等の写し。