

第1子・第2子歯科診療費受給者証
登録申請書記入例

様式第1号(第3条関係)

子ども医療費受給資格登録申請書

大洲市在住の保護者について、記入してください。

助成対象者	フリガナ	ヒジカワ タロウ	性別	男・女	続柄	父
	氏名	肱川 太郎	個人番号	1234 5678 9012		
	住所	大洲市大洲690番地の1			電話	0893-24-2111
子ども	フリガナ	ヒジカワ イチロウ	性別	男・女	生年月日	H22.10.1
	氏名	肱川 一郎	個人番号	0123 4567 8901		
	住所	同上 第1子・第2子に該当する児童の情報を記入してください。				
子どもの加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名	肱川 太郎	記号番号	(記号)-(番号)		
	保険者番号及び名称	012345678 全国健康保険協会 ○○支部				
	所在地	松山市○○町1丁目2-3		附加給付	有・無	

日中連絡がつく番号を記入してください。

第1子・第2子に該当する児童の情報を記入してください。

上記のとおり子ども医療費の受給資格登録を申請します。

なお、私が保護する上記の子どもが、令和2年○月○日～令和2年○月○日の期間において、医療を受けた愛媛県内所在の医療保険各法に基づく助成金の請求及び受領の権限を、大洲市長を代理人と定め、大洲市子ども医療費助成条例に基づき、高額療養費等に該当した場合に、大洲市長を代理人と定め、権限を委任します。

上記の「助成対象者」の氏名を記入してください。受給者証に記載されます。(氏名の訂正は不可)

押印(スタンプ印不可)をお願いします。

令和2年 ○月 ○日

大洲市長

様

氏名 肱川 太郎

肱川

印

※ 記入しないでください。

受給者番号		取得年月日	R 2 . 4 . 1
受給資格取得年月日		受給資格証交付年月日	R 2 . .
備考	歯科診療費受給資格登録		

☑提出前にチェックしてください!

「助成対象者」と「氏名」は同じ保護者名を記入すること(訂正不可)

「子ども」「子どもの加入医療保険」は、第1子・第2子に該当する児童の情報を記入すること(1人ずつ申請書が必要)

「氏名」横に押印すること(スタンプ印不可)

該当の児童の健康保険証を持参、または(郵送の場合は)コピーを添付すること