

子ども医療費受給資格証登録申請書

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					
子ども	フリガナ	ヒジカワ イチロウ		性別	男・女	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
	氏名	肱川 一郎		個人番号	0123 4567 8901		
	住所	同上					
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 〇〇支部		子どもの情報を記入してください。 (注意)左の“被保険者”欄氏名は保護者です。(子どもは被扶養者)			
	所在地	松山市〇〇町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。

子どもの情報を記入してください。

子どもの情報を記入してください。
(注意)左の“被保険者”欄氏名は保護者です。(子どもは被扶養者)

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 年 月 日から 年 月末日までの期間において、医療を受けた愛媛県内所在の医療保険各法による保険医療機関、療養取扱機関等の開設者に対し、大洲市子ども医療費助成条例に基づく助成金の請求及び受領の権限を委任するとともに、県内の保険医療機関等に係る高額療養費等に該当した場合には、大洲市長が受領に関する権限を委任します。

上記の「助成対象者」の氏名を記入してください。
 受給資格証に記載されます。(もし違う氏名を書いた場合は、すぐ下に「助成対象者」の氏名を書き、連名としてください)。

令和〇年〇月〇日

大洲市長

氏名 肱川 太郎

※ 記入しないでください。

受給者番号		<input checked="" type="checkbox"/> 提出前にチェックしてください！ <input type="checkbox"/> 「助成対象者」と「氏名」は同じ保護者名を記入すること <input type="checkbox"/> 「子ども」「加入医療保険」は、子どもの情報を記入すること (1人ずつ申請書が必要) <input type="checkbox"/> 該当の子どもの健康保険証のコピーを添付(窓口申請の場合は原本を持参すること) <input type="checkbox"/> 保護者・こどものマイナンバーが確認できるもののコピーを添付(窓口申請の場合は原本を持参すること)	係
受給資格取得年月日			
受給資格証交付年月日			
備考			