

様式第1号（第2条関係）

こども医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

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、申請に当たり公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む。）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。

申請者氏名 (保 護 者)																			
申請者住所 (保 護 者)		〒 TEL ()																	
主たる生計 維持者氏名											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 5 その他()																	
特 記 事 項		再発行の場合の理由																	
対 象 者 (こども)	フリガナ	1									2								
	氏 名																		
	生 年 月 日	年			月			日			年			月			日		
	性 別 ・ 年 齢	男 ・ 女 () 歳									男 ・ 女 () 歳								
	申請者との続柄																		
	育 成 医 療	有 ・ 無									有 ・ 無								
	他の公費負担制度による医療費の支給	制度名 有()・無									制度名 有()・無								
個 人 番 号																			
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 又 は 世 帯 主 の 氏 名													対象者 (こども) との続柄					
	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	記号									番号								
	保 險 者 番 号																		
	保 險 者 名 称 (発行機関名)																		
	附 加 給 付	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。