

記載例

子ども医療費受給資格認定申請書

○年 △月 □日

赤枠の中を記載してください。
記入漏れがあった場合、申請書の受理
ができない場合がありますので、ご注
意ください。

申請者 住所 **留萌市幸町1丁目11番地**
氏名 **練 花子**
対象者との続柄 **母**
電話番号 **(0164) xx - xxxx**

連絡可能な方

下記のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請し
(受給者証の交付にあたり、市が保護者等の所得確認を行うことに同意します。)

※ 受給者号									
受給対象の 情報	対象者名	ふりがな にしん かずも	ふりがな	ふりがな	性別	性別	性別	性別	性別
		氏名 練 かずも	男	男	男・女	男	女	男	女
生年月日		R5年4月5日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
(保護者等) 被保険者 の情報	ふりがな にしん たろう	続柄	住所	住所 留萌市幸町1丁目11番地					
	氏名 練 太郎	父	住所 留萌市幸町1丁目11番地						
	生年月日 S60年6月6日								
※ 事由	<input type="checkbox"/> 出生による資格取得 <input type="checkbox"/> 他の市町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者資格の取得 <input type="checkbox"/> その他 ()				※ 資格取得日	年 月 日			
※ 決定欄	課長	係長	係長	係長	合議	決定年月日	年 月 日		
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2 次の理由により上記申請を却下する。								
却下理由									

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

医療費助成事業に関する同意書

記載例

留萌市長様

令和〇年△月□日

(被保険者) 住所 留萌市幸町1丁目11番地

氏名 練太郎

(※相続代表) 住所 _____

※該当者のみ 氏名 _____

○留萌市医療費助成事業の助成を受けるに当たって、次の事項に同意します。

1 **受給者が亡くなり、資格変更の手続きをする時のみ記載** 受給者証交付、及び新等に関する私の世帯の所得状況を調査すること。

2 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、私の健康保険の保険者から私に支払われる高額療養費の受領に必要となる健康保険の保険者が、高額療養費の請求に必要な私と家族の医療の者に照会し、提供を受けること。

受給者が加入する、健康保険の被保険者の住所・氏名を記載
(※例) 子の受給者証の申請の時
子の健康保険証に記載されている被保険者の名前を記載
(受給者である子の名前ではなく、保護者の名前になります)

3 留萌市医療費助成事業の助成を受ける健康保険の保険者から私に支払われた高額療養費を留萌市に返還すること。

4 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、日本スポーツ振興センターの災害共済給付金が私の世帯に支払われる場合には、留萌市医療費助成事業の助成額に応じた災害共済給付金の受領を留萌市に委任すること。

○留萌市国民健康保険の医療の給付等を受けるに当たって、次の事項に同意します。

5 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、留萌市から私に支払われる高額療養費及び高額介護合算療養費の申請及び受領を留萌市に委任すること。