

子ども医療費受給資格認定申請 チェックリスト

(書類名)	(対象者)	(チェック)
○こども医療費受給資格認定申請書	全員	☐
○申請する子の健康保険情報がわかるもの	全員	☐
(健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせの写し、マイナポータルの資格画面の印刷 など)		
○医療費助成事業に関する同意書	全員	☐
○生計維持者の最新の所得課税証明書	転入者のみ (※)	☐

(※) 1月1日時点で留萌市以外に住所があった方、
もしくは、単身赴任等で留萌市以外に住民税を納めている方
が対象です。市町村民税の税額通知書でも代用できます。

上記の書類を提出し、申請します。

申請者氏名 _____

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

留 萌 市 長 様

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号 ()

下記のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

(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 番 号											
受 給 対 象 の 情 報	対 象 者 名	ふりがな			ふりがな			ふりがな			
		氏 名 男 ・ 女			氏 名 男 ・ 女			氏 名 男 ・ 女			
	生 年 月 日	年 月 日生			年 月 日生			年 月 日生			
(保護者等)の被保険者情報	ふりがな				続 柄		住 所				
	氏 名										
	生 年 月 日	年 月 日									
※ 事 由	☐ 出生による資格取得 ☐ 他の市町村からの転入 ☐ 医療保険被保険者資格の取得 ☐ その他 ()						※ 資格取得日	年 月 日			
※ 決 定 欄	課 長		係 長			係		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。

留 萌 市 医 療 費 助 成 事 業 に 関 す る 同 意 書

留 萌 市 長 様

令和 年 月 日

(被保険者) 住所_____

氏名_____

(※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 留萌市が、留萌市医療費助成事業の受給者証交付、及び資格更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、私が加入する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を留萌市に委任すること。また、留萌市が、高額療養費の請求に必要な私と家族の医療の給付等に関する情報を私の加入する健康保険の保険者に照会し、提供を受けること。
- 3 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、高額療養費を直接、私が加入する健康保険の保険者から私に支払われた場合には、留萌市医療費助成事業の助成額に応じ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・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。

○留萌市重度心身障害者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。

- 6 留萌市重度心身障害者医療の助成を受けた場合において、北海道後期高齢者医療広域連合から私に支払われる高額療養費・高額介護合算療養費の受領に関する一切の権限を留萌市に委任すること。