

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 鯉 花 子
対象者との続柄 母
電話番号 090-9999-9999

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、本市が保護者等の所得確認を行うことに同意します。)

日中に連絡可能な方

※ 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		
		氏名 鯉 かずも 男・女			氏名			男・女		
	生 年 月 日	R5 年 4 月 5 日生			年 月			年 月 日生		
(保護者等)の被保険者情報	ふりがな にしん たろう			続 柄			住所			
	氏 名 鯉 太 朗			父			留萌市幸町1丁目11番地			
	生 年 月 日	S60年 6 月 6 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。

医療費助成事業に関する同意書

記載例

留 萌 市 長 様

令和○年△月□日

(被保険者) 住所 留萌市幸町1丁目11番地

氏名 鯉 花 子 印

(※相続代表) 住所 _____

※該当者のみ _____ 印

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、
保護者等の名前になります)

○留萌市医療費助成事業の助成を受けることとします。

1 留萌市が、留萌市医療費助成事業の助成を受けること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。