

子ども医療費受給資格変更届 チェックリスト

(書類名)	(対象者)	(チェック)
○子ども医療費受給資格変更届	全員	☐
○新しい健康保険情報がわかるもの	保険証変更の方	☐
(健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせの写しまたは マイナポータルの資格情報画面の印刷 など)		
○医療費助成事業に関する同意書	全員	☐

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変更届

年 月 日

留 萌 市 長 様

届出者 住 所
氏 名
受給者との続柄
電話番号 ()

下記のとおり子ども医療費受給資格に変更がありましたので届け出ます。

記

受 給 者 氏 名							受 給 者 番 号			
受給者情報	住 所	新								変更 年 月 日
		旧								
	氏 名	新								変更 年 月 日
		旧								
保険者名		新				記 号 番 号			変更 年 月 日	
		旧								
被保険者 (世帯主)の 氏名	新			付加 給付	有・無	付加給付 の 内 容				
	旧				有・無					
保 護 者 等 情 報		新								変更 年 月 日
		旧								
その他 ()		新								変更 年 月 日
		旧								
＊ 処 理 欄	課 長		係 長		係		合 議		処 理 年月日	年 月 日
	上記届出により次のとおり処理する。									
	受給者証 回収					済 ・ 未 (後日回収 ・ 破棄依頼 ・ その他)				

(注) 届出者は＊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。