**高校生等医療費助成登録申請書**

年　　月　　日

　(宛先)山武市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者  (保護者) | 住　　所 | 〒　　　― | |
| フリガナ |  | 電 話 番 号 |
| 氏　　名 | (高校生等との続柄　　 　　　) | －　 　－ |

高校生等医療費助成受給登録を申請します。

申請にあたり、高額療養費の一部又は全部を山武市が負担した場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払相当額を私が山武市へ支払います。また、国民健康保険の加入期間は、市と保険者との間で負担相当額について相殺することに同意します。

家族療養費付加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を私が山武市へ支払います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高校生等 | 住　所 | 〒　　　― | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 個人番号 | |  | |
| 氏　　名 |  | | | 生年月日 | | 年　 月 　日 | |
| 就　学　先 | 名称 |  | | | | | |
| 住所 | (〒　　－　　)    電話　　　‐　　‐ | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 |  | | | | | | |
| 保険者番号 |  | | | | | | |
| 保険種別 | 1　　国民健康保険　　　　　2　　その他 | | | | | | |
| 被保険者、組合員又は世帯主 | 氏　　名 | |  | | | | |
| 資格取得年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 記号番号 | 記　　号 | |  | | 番　　号 | |  |

* **高校生等が加入する保険証の写し及び在学を証明する書類の写しが必要です。**

|  |
| --- |
| 同　意　書  　高校生等医療費助成制度を申請するにあたり、本制度を利用する間、本件申請に関する事務を処理するために必要な世帯員の住民基本台帳の情報提供並びに世帯の所得及び課税情報に関する情報、市税の納税状況及び保育料の納入状況について、調査、確認することに同意します。  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  個人番号　　　　　　　　　　　　　　　個人番号 |