

子ども医療費助成受給資格登録申請書

年 月 日

(宛先)山武市長

申請者 (保護者)	住 所																						
	フリガナ																						
	氏 名																						
	個人番号																				電話番号	-	-
配偶者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ																					
	フリガナ																						
	氏 名																						
	個人番号																				電話番号	-	-
子ども	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ									<input type="checkbox"/> 申請者と同じ												
	フリガナ																						
	氏 名																						
	生年月日	年 月 日									年 月 日												
	個人番号																						
	他法公費	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()									<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()												
	保険種別	1. 国民健康保険									2. その他												

同 意 書

子ども医療費助成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について調査、確認することに同意します。

また、医療費の申請に当たり、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。ただし、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。

また、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。

氏名 _____

氏名 _____

※市処理欄 申請理由 出生 転入 (月 日) その他
 不足書類 子どもの保険証→済 個人番号→済
 児童手当 有 無 (山武市外 公務員 その他)
 他公費負担無 有 (ひとり親 重心 その他)
 受給券発行有 (窓口発行 郵送) 無
 資格開始 (月 日) 受給券開始 (月 日) 入力 (月 日)