

(第2条関係)

小児医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

総 社 市 長 様

申請者 (保護者)	住 所	〒 ー 総社市	電 話 () ー
	氏 名	(小児との続柄)	

子どもに係る医療費の給付を受けたいので、関係書類を添えて小児医療費受給資格者証の交付(再発行)を申請します。なお、申請に当たり、受給対象者に係る生活保護状況・医療保険の加入状況等について、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)により確認されることに同意します。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を貴市へ支払います。

申請理由	1 出生 2 転入(. .) 3 再発行 4 その他()															
受給対象者	氏名・ふりがな															
					生年月日	平成・令和		年		月		日				
					個人番号											
					生年月日	平成・令和		年		月		日				
					個人番号											
					生年月日	平成・令和		年		月		日				
					個人番号											
					生年月日	平成・令和		年		月		日				
					個人番号											
					生年月日	平成・令和		年		月		日				
					個人番号											
					生年月日	平成・令和		年		月		日				
					個人番号											
					生年月日	平成・令和		年		月		日				
					個人番号											

加入医療保険

個人番号の記載もしくは資格確認書を添付してください。

特記事項	再発行の場合理由
------	----------

市町村 処理欄	受給資格者証有効期限	本 人 確 認	受給資格者証	入 力
	年 月 日～	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他()	発 行 済 ・ 未 送 付	