

(第2条関係)

## 小児医療費受給資格者証交付申請書

令和 年 月 日

総 社 市 長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 ー 総社市 電話 ( ) ー	連絡が取りやすい番号 をご記入ください。
	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。

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 年 月 日	令和
		平成 年 月 日	令和
		平成 年 月 日	令和
加入医療保険	健康被保険者証の写しを添付します		
他の制度による医療費の支給の有無	有 (制度名 ー ) ・ 無		
特記事項	再発行の場合理由		

※ 健康被保険者(組合員)証を添えて提出してください。

市町村 処理欄	受給資格者証有効期限	受給資格者証	入 力
	令和 年 月 日 ~	発行 済 ・ 未 送 付	