

記入例

※太枠の中を記入してください。

子ども医療費受給資格者証交付申請書

倉敷市長 あて

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて子ども医療費受給資格者証の交付（再発行）を申請します。

なお、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。

		申請年月日	令和6年7月1日								
申請者 (保護者)	住所	〒710-8565 倉敷市西中新田640番地									
	氏名	倉敷 太郎	電話番号	(086) 426-3395							
		※自署又は記名押印									
申請理由	1 出生 2 転入 ③再発行 4 その他 () ※再発行理由 ①紛失 2 破損 3 汚損 4 その他 ()										
受給対象者 (子ども)	氏名・フリガナ・個人番号	性別	生年月日	保護者との続柄							
	クラシキ ハナコ 倉敷 花子	女	平 ⑥6年5月1日	子							
※お子様の健康保険の内容を記入してください。											
加入医療保険	被保険者証の 記号・番号	記号	31000000	番号	111						
	被保険者 又は世帯主の 氏名・生年月日	倉敷 太郎		子どもとの 続柄	父						
		大・⑥昭・平 61年 4月 1日									
	被保険者の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 []									
	保険者番号	0	1	3	3	0	0	2	7	保険種別	⑥協・船・共・組・国・退
	保険者名称	全国健康保険協会 倉敷支部									
扶養認定年月日	平・⑥6年6月1日	有効期間				附加給付の有無					

※お子様の健康保険証（資格確認書・資格情報のお知らせを含む）又は個人番号カードの写し（両面）を添付してください。