

| | | | | |
|--------|----|----|-------|---------|
| 決 裁 | 係長 | 係員 | 入 力 | ／ |
| | | | 入力確認 | ／ |
| | | | 証作成日 | ／ 手渡・郵送 |
| | | | 受給者番号 | |

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 年 月 日 |
|-------|-------------------|

| | | | | |
|--------------|----|---|------------------|--|
| 申請者 (保護者) | 住所 | | | |
| | 氏名 |  <small>※自署又は記名押印</small> | 電話番号 () — | |

| | | | | |
|------|---|--|--|--|
| 申請理由 | 1 出生 2 転入 3 再発行 4 その他 () <small>※再発行理由 1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他 ()</small> | | | |
|------|---|--|--|--|

| 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 |
|----------------|--------------|-----|--------------------|--------------------|
| | | | 男・女 | 平・令 年 月 日 |
| | | 男・女 | 平・令 年 月 日 | |
| | | 男・女 | 平・令 年 月 日 | |

| | | | | | | |
|--------|-------------------|--|---------|--------------------|---------|-----|
| 加入医療保険 | 被保険者の記号・番号 | 記号 | 番号 | | | |
| | 被保険者又は世帯主の氏名・生年月日 | 大・昭・平 年 月 日 | 子どもとの続柄 | | | |
| | 被保険者の住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 [] | | | | |
| | 保険者番号 | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | 保険種別 | 協・船・共・組・国・退 | | |
| | 保険者名称 | | | | | |
| | 扶養認定年月日 | 平・令 年 月 日 | 有効期間 | 平・令 年 月 日 | 附加給付の有無 | 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。