

見本

受給者番号

こども医療費受給者証交付申請書

受給者 (こども) (※1)	住所	〒419-0109 函南町平井 717-28																		
	※特記事項																			
	ふりがな	か	ん	な	み		は	な	こ											
	氏名	函南 花子						生年月日	○年 ○月 ○日			男	第 1 子							
	個人番号										女									
保護者 (対象者)	住所	〒419-0109 函南町平井 717-28 (TEL 090-0000-0000)																		
	氏名	函南 太郎						こどもの 続柄				父								
	個人番号																			
加入 医療保険 (※2)	保険の種類	協会 ・ 組合 ・ 共済 ・ 船員 ・ 国保																		
	保険者名	〇〇健康保険組合																		
	保険者 所在地	〇〇県〇〇市〇〇1234-5						(TEL	〇〇〇-〇〇〇〇)								
	被保険者氏名	函南 太郎																		
	被保険者証	記号	0123456				番号	6789												

(※1) 受給者が町外在住の場合は住民票、学生証の写しを添付してください。

(※2) 受給者の保険証の写しを添付してください。

(※特記事項) 町外在住、就労、既婚など、特記事項をご記入ください。

申請日 ○○年 ○月 ○日

函南町長 仁科 喜世志 様

上記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、医療保険各法で定められた高額医療費に該当するときは、保険者への請求及び受領について函南町長に委任します。

また、函南町がこども医療費補助に係る事務のため、私の所得状況、国民年金加入状況、児童手当受給状況及び他制度による医療費補助状況について、公簿等を確認することに同意します。

申請者（保護者） 氏名 函南 太郎