

子ども医療費受給者証交付申請書

(宛先)静岡市長

次のとおり、子ども医療費受給者証の交付を受けたいので、(審査に必要な書類を添えて)申請します。

なお、資格審査及び受給者証の交付後の助成金の交付のための審査に当たり、税務情報その他子ども医療費の助成に係る事務処理に必要な情報を市が調査することについて同意します。

また、子どもが受けた療養が高額療養費等に該当した場合は、その療養に係る保険者へ的高額療養費等の申請及び保険者から的高額療養費等の受領並びに申請に関して必要な所得証明の請求手続を静岡市長に委任します。

申請日	年 月 日	受給者番号								
子ども	住 所	静岡市								
	フリガナ				生年月日	年 月 日生				
	氏 名									
申請者	住 所									
	フリガナ				生年月日	年 月 日生				
	氏 名									
	電話番号				子どもとの続柄					
加入医療保険	被保険者証	記号				番号				
	フリガナ				生年月日	年 月 日生				
	被保険者氏名 (同意・委任者)									
	保険者番号									
	保険者名称									
	保険者所在地									
	子どもの資格取得日又は加入・認定年月日	年 月 日								

※加入医療保険欄は、子どもの健康保険証を見て記入してください。

※被保険者氏名欄は、静岡市国保の場合は世帯主、国保組合・共済組合の場合は組合員について記入してください。

(添付書類) 子どもの健康保険証のコピー(交付申請書の裏面に糊付けしてください。)

□電算入力日 → (年 月 日)