様式第１号（第２条関係）

こども医療費受給資格者証交付申請書
こども医療費受給資格変更届

R3 年 10月 1日

玉野市長　　殿

こ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、受給者証の交付（再発行）を申請します。
なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得及び国民健康保険の加入状況を確認されることを承諾します。
また、高額療養費について貴市町村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町村へ支払います。

申請者氏名（保護者）	玉野　めばる
申請者住所（保護者）	〒706－8510　TEL　（090）　＊＊＊＊－＊＊＊＊ 玉野市　宇野1－27－1
申請理由	(1) 出生　2 転入　3 再発行　4 変更（住所・氏名･保険） 5 施設退所・措置解除　6 その他（　　）
特記事項	再発行の場合の理由

対象者（こども）			
	フリガナ	1 たまの　つつじ	2
	氏名	玉野　つつじ	
	生年月日	平成・(令和) 3年 9月25日	平成・令和　年　月　日
	性別・年齢	男・(女)（0）歳	男・女（　）歳
	申請者との続柄	子	
	育成医療	有・無	有・無
	他の公費負担制度による医療費の支給	有（制度名　　）・無	有（制度名　　）・無

加入医療保険				
	被保険者又は世帯主の氏名		対象者との続柄	
	被保険者の記号・番号	記号	番号	
	保険者番号		保険種別	
	保険者名称（発行機関名）			
	附加給付	有（内容：　　）・無		

（添付書類）　証書発行（　要　・　不要　）　□証書発行済　□転入者アンケート

○ 医療保険の保険証の写し

※対象者（こども）の健康保険証の写し。

（R3.4改正）