

こども医療費受給資格者証交付申請書

令和 年 月 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保険の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを私及び世帯員全員、承諾します。

また、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。

保 護 者	申請者	フリガナ			
		氏 名			
		住 所	〒 ー TEL ()		
	主たる 生計 維持者	氏 名	☐ 申請者と同じ		
(父母等のうち 所得が高い方)	本年1月1日 時点の住所	☐ 玉野市内 ☐ 玉野市外※	こどもとの 続柄	父・母・その他 ()	
申 請 理 由		☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 再発行 (亡失 ・ 破損 ・ 汚損) ☐ その他 ()			
対 象 者 (こども)	フリガナ ¹			²	
	氏 名				
	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
	性 別 ・ 年 齢	男 ・ 女 () 歳		男 ・ 女 () 歳	
	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	制度名 有 () ・ 無		制度名 有 () ・ 無	
個 人 番 号※					
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者	☐ 主たる生計維持者と同じ		こどもとの 続柄	父・母・その他 ()
	記 号 ・ 番 号	記号	番号	保険者番号	
	保 険 者 名	☐ 全国健康保険協会 () 支部 ☐ () 健康保険組合 ☐ () 共済組合 ☐ () 国保 ☐ 玉野市国保 ☐ その他 ()			
	資 格 取 得 年 月 日	平成・令和 年 月 日	附加給付	有 ・ 無	

※1月1日時点の住所が玉野市以外の場合、「個人番号利用同意書」の提出が必要な場合があります。

※「個人番号」欄は、こどもの健康保険資格が確認できるものとして、こどもの個人番号カードのコピーを添付する場合のみ、記入してください。

(添付書類)

○ 健康保険資格の確認できるもの

※こどもの個人番号カードのコピー、こどもの資格確認書のコピー等

事務 処理欄	証書発行 (要 ・ 不要) ☐ 証書発行済 ☐ 転入者アンケート
	転入 (/) 入力 (/)

(R6.12改正)