

受給者番号

# 子ども医療費受給資格認定申請書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |        |                                             |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|---------------------------------------------|------------------------------|
| 受給者(保護者)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 住所                | 有田川町大字 |                                             |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | フリガナ              |        | 生年月日                                        | 昭和・平成 年 月 日生                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 氏名                |        | 男・女                                         | 個人番号<br>新規(転入)の方は<br>記入願います。 |
| 子ども                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所                | 有田川町大字 | <input type="checkbox"/> 受給資格者欄と同じ場合チェックマーク |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | フリガナ              |        | 生年月日                                        | 平成 年 月 日生                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 氏名                |        | 男・女                                         | 個人番号<br>新規(転入)の方は<br>記入願います。 |
| 加入保険                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 被保険者氏名<br>(組合員氏名) |        |                                             |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 保険証記号番号           |        |                                             |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 保険者名              |        |                                             |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 附加給付              | 有 ・ 無  |                                             |                              |
| <p>有田川町長 様</p> <p>上記のとおり、子ども医療費受給資格の認定及び受給資格証の交付申請をします。<br/>また、申請にあたって、次の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・有田川町が保有する住民台帳及び課税台帳等を閲覧すること。</li> <li>・保険者に対して医療費の支給状況等を確認すること。</li> <li>・資格認定中に発生した高額療養費について、保険者と支給額の調整をおこなうこと。</li> </ul> <p>令和 年 月 日</p> <p>保護者 住 所 有田川町大字</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号 — —</p> |                   |        |                                             |                              |

※ 添付書類 保険証 (コピー可)

|       |           |               |
|-------|-----------|---------------|
| 受領日   | 令和 年 月 日  | (別世帯の方のみ記入必須) |
| 受領者氏名 |           | 受給資格者との関係(続柄) |
| 生年月日  | S・H 年 月 日 | 住所            |
|       |           | 電話番号          |

職員確認欄 本人確認 免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他 ( )