

記入例

子ども医療費受給者証交付申請書

R ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者 (受給者) 住 所 長久手市 岩作城の内60番地1
氏 名 保険 太郎
電 話 0561-56-0617

申請者欄は長久手市に在住の被保険者様についてご記入ください。
被保険者様が市外に在住の場合は、長久手市に在住の保護者様についてご記入ください。
なお、申請内容について電話で確認する場合がございますので、必ず連絡先をご記入ください。

請し、次のことに同意します。
要に応じて世帯員分含む。) のため、公簿の閲覧をすること。
の照会をすること。
た場合の医療費に係る「高額療養費」及び「付加給付」(以下
ては、長久手市長が保険者から高額療養費等を受領すること。

- 4 保険者から直接高額療養費等が支払われた場合は、長久手市に当該金額を返納すること。
(申請者と保険の加入者が異なる場合…被保険者との続柄)

保 険 の 加 入 者	住 所	同上										
	フリガナ	ホケン タロウ				生 年 月 日	昭和○年○月○日					
	氏 名	保険 太郎				子どもとの続柄	父					
	個 人 番 号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

保 険 加 入 状 況	保 険	保険加入状況については記入不要です。 ただし、以下の写しを添付してください。 【出生の場合】 お子様を扶養に入れる方の保険の資格が確認できる書類(資格情報のお知らせ等) 【転入の場合】 お子様の保険の資格が確認できる書類(資格情報のお知らせ等) 在留カード(お持ちの方のみ)										
	保											
	保 険											

子 ど も	受 給 者 番 号													
	住 所	☐ 申請者に同じ				☐ 申請者に同じ				☐ 申請者に同じ				
	フリガナ	ホケン ハナコ												
	氏 名	①	保険 花子				②					③		
	生 年 月 日	令和○年○月○日												
	個 人 番 号	0000 0000 0000												

【本人確認】

ご不明な点は、長久手市 福祉部保険医療課医療係
連絡先 0561-56-0617 までご連絡ください。