

## 子ども医療費受給者証交付申請書

R      年      月      日

長久手市長          殿

申請者      住   所   長久手市  
(受給者)

氏   名

電   話

次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請し、次のことに同意します。

- 1 医療費受給資格・区分等の確認（必要に応じて世帯員分含む。）のため、公簿の閲覧をすること。
- 2 医療費支給のため保険者に給付内容の照会をすること。
- 3 子ども医療費受給者証で医療を受けた場合の医療費に係る「高額療養費」及び「付加給付」（以下「高額療養費等」という。）については、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							
	フリガナ				生年月日			
	氏                  名				子どもとの続柄			
	個   人   番   号							
保 険 加 入 状 況	保 険 証 記 号 番 号	記号                                                  番号						
	保      険      者      名							
	保      険      者      番      号							
受 給 者 番 号	① 3 3 3	②			③			
子 ど も	住      所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	フリガナ							
	氏      名	①	②			③		
	生年月日							
	個人番号							
備 考	<p>【本人確認】                      運転免許証・パスポート・個人番号カード・その他（                                                  ）</p> <p>【マイナンバー】番号確認      記入（申請者      ・ 職員                                                  ）                      →申請者了承確認    <input type="checkbox"/></p> <p>有効期限（15歳年度末・6歳年度末）・保険証（有効期間・兄弟の情報）・出生日から60日</p>							

受付		受付内容 確認		入力確認	
----	--	------------	--	------	--

申請の事由【出生・転入・その他：                                                  】対象者【就学前      人・小学生      人・中学生      人】  
 【高校生      人】