

子ども医療費受給者証交付申請書											
長久手市長 殿				R 年 月 日							
申請者 (受給者)				住 所 長久手市							
				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	☐ 申請者に同じ				☐ 申請者に同じ			☐ 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	【本人確認】 運転免許証・パスポート・個人番号カード・その他（ ） 【マイナンバー】番号確認 記入（申請者 ・ 職員 ） →申請者了承確認 ☐ 有効期限（1 8 歳年度末・6 歳年度末）・保険資格(有効期間・兄弟の情報）・出生日から 6 0 日										
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】											