

(様式第1号)

子ども医療費 受給資格登録 申請書
受給資格者証交付

令和 年 月 日

玖珠町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 ー 大分県玖珠郡玖珠町大字 電話 ー ー
	氏名	(子どもとの続柄)

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子ども医療費受給資格の登録及び子ども医療費受給資格者証の交付を申請します。

なお、高額療養費及び高額介護合算療養費について貴町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及び高額介護合算療養費のうち、過払い相当額を貴町へ支払います。

また、家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を貴町へ支払います。

記

子 ど も	フリガナ		男 女	生年月日
	氏名			平成 ・ 令和
	住所	玖珠町大字 番地 自治区 ()		年 月 日
医 療 保 険	取得年月			
	保険種別	協 会 ・ 組 合 ・ 船 員 ・ 共 済 ・ 国 保		
	被保険者証等の記号・番号			
	被保険者名又は世帯主の氏名			
	保険者名・保険者番号			
	付加給付	有 ・ 無		
備 考	受給資格取得理由	出生・転入・ ()	受給者番号	
	受給資格取得年月日	令和 年 月 日		