

子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)岡崎市 長

申請者(受給者)																				
住所.....																				
氏名.....																				
生年月日 昭和・平成 年 月 日																				
連絡先(.....)																				
個人番号 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

届出者
受給者と同じ
住所.....
受給者と同じ
氏名.....
受給者との続柄(.....)

次のとおりですので、子ども医療費受給者証を交付してください。なお、今後、助成を受ける医療費が高額療養費又は附加給付に該当する場合、次の加入医療保険の保険者に対して市が保険給付の支給状況を確認することに同意します。また、高額療養費等調整事務に協力します。

子 ど も	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	平成・令和	年	月	日		
加 入 医 療 保 険 者	記号番号	記号	番号				
	被保険者氏名	受給者と同じ	子どもとの続柄				
	資格取得年月日	平成・令和	年	月	日		
	名称	岡崎市国民健康保険 全国健康保険協会 愛知・(.....)支部					
		上記いずれかに該当する場合は にチェックし、それ以外の保険者の場合には下に記入してください。					
	番号				右詰めで記入してください。		
受給者番号		39	資格取得日	令和	年	月	日

- この申請書には、子どもの健康保険証を添付してください。
- 資格取得年月日には、子どもの取得年月日もしくは扶養認定された日を記入してください。
- 保険者名称は事業所(勤務先)の名称ではありませんので注意してください。
(健康保険組合、共済組合等の名称を記入してください。)
- 欄は記入しないでください。

受付	受給者証	確認	有効期限 令和 年 月 日 世帯内受給者 郵送(月 日) 次回番号持参依頼

受付印

番号確認	個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・その他()
身元確認	個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・パスポート・ 在留カード・障がい者手帳(顔写真付き)・その他()
	A) 健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・ 児童扶養手当証書・その他() B) 学生証・キャッシュカード・診察券・その他()

顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点(A+A又はA+B)を確認すること。