

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  
受給者

申請者(窓口に来た人)

☐受給者と同じ

住所 岡崎市

住所

氏名

☐受給者と同じ

生年月日 昭和・平成 年 月 日

氏名

電話番号 ( - - )

受給者との続柄 ( )

マイナンバー

子ども医療費受給者証の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

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及び届出内容の事実の確認のために必要な健康保険の加入状況等の公簿の閲覧に同意します。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

※以下、職員記入欄

加 入 医 療 保 険 者	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	子どもとの続 柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
	確 認 方 法	<input type="checkbox"/> 提示※内容を下に記入してください。 <input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 情報照会		
	記 号 番 号 枝 番	記号	番号	枝番
	資 格 取 得 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
	保 険 者 名 称	<input type="checkbox"/> 岡崎市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 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。 健康保険組合・共済組合		
	番 号			右詰めで記入してください。
受 給 者 番 号			資 格 取 得 日	令和 年 月 日

受 付	受給者証	確 認	・世帯内受給者(有/無) ・有効期限 令和 年 月 日 ・郵送( 月 日)

受付印

被保険者が市外に居住されている場合は記入			
フリガナ			
被保険者の氏名			
生年月日		性別	男・女・その他
住所			

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) 健康保険の情報が確認できるもの・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。