

(様式第1号)

受給資格登録
子ども医療費
申請書
受給資格者証交付

年 月 日

中津市長 あて

申請者 (保護者)	住所	〒 _____ 中津市 電話 ()
	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、申請にあたっては次の事項について承諾します。

- 子ども医療費の助成を行った診療について、医療機関及び医療保険者に対して市が照会を行うこと。
- 子ども医療費の助成額の算定に必要な私の世帯の状況や市民税の課税状況について、市が所有する公簿にて調査・閲覧を行うこと。また、必要に応じてその結果を私が加入する保険者に対して市が報告すること。
- 子ども医療費の助成額の算定に必要な私の高額療養費の所得区分について、私の加入する保険者に対して市が照会を行うこと。
- 高額療養費について貴市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のうち、過払い相当額を貴市へ支払うこと。
- 家族療養費附加給付金を私が保険者から受領をした場合は、当該相当額を貴市へ支払うこと。

記

子ども	フリガナ		男 ・ 女	生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	中津市		
医療保険	資格取得年月日	年 月 日		
	保険種別	協・組・船・共・国		
	被保険者証等の記号・番号			
	被保険者氏名又は世帯主名			
	保険者名			
	保険者番号			
	附加給付	有・無		
備考	高校生等(子ども)は、次の要件に該当します。 出生・転入・小中学生・高校生・保険取得 <input type="checkbox"/> 就職していない。(保護者が扶養している。) (資格取得年月日 . . .) <input type="checkbox"/> 結婚をしていない。			