

様式第1号(第9条関係)

子ども医療費受給資格登録兼受給資格証交付申請書

子ども医療費受給資格登録変更届兼受給資格証変更交付申請書

木城町長 殿

子ども医療費受給資格の登録・変更及び受給資格証の交付・変更交付を申請します。なお、受給申請時及び受給期間中に、世帯の所得・税額等の状況、世帯の構成・異動及び児童手当受給の状況について調査・確認することに同意します。

また、子どもが受けた療養に係る高額療養費の申請・受領に関する全ての権限を木城町長に委任します。

年 月 日申請

申請者 (保護者)	ふりがな	きじょう たろう		生年月日	昭和××年×月×日	
	氏名	木城 太郎		個人番号	×××× ×××× ××××	
				対象者との続柄	父 母・()	
	住所	木城町大字高城1227-1				
電話	0983(32)4733					
医療 保険	保険種別	社会保険				
	記号・番号	××××××××-×				
	保険者名	全国健康保険協会××支部	保険者番号	××××××××		
	資格取得日	平成×年×月×日				
対象者 (子ども)	ふりがな	生年月日	住所	学校名等		
	氏名	平成×年×月×日	木城町大字 高城1227-1	木城学園 (〇〇高校)		
	木城 花子	個人番号	×××× ×××× ××××			
		年月日	木城町大字			
		個人番号				
		年月日	木城町大字			
		個人番号				
		年月日	木城町大字			
		個人番号				
		年月日	木城町大字			
		個人番号				
変更年月日		年 月 日				
備考						
受付交付年月日						

申請者(保護者)の方のことを記入してください。

今回申請する子どもの健康保険情報を記入して下さい。
(国民健康保険の場合)
保険種別→国民健康保険
保険者名→木城町
健康保険資格が確認できる書類を添付場合、省略可能。

今回申請する子どもの情報のみを記入してください。
※新小学1年生、新高校1年生になる子どもの申請の場合、
学校名は4月からの学校名を書いてください。

添付書類として、
対象の子どもの健康保険資格が確認できるものの、コピーを添付してください。
例)
・資格確認書
・資格確認のお知らせ
・マイナポータルの健康保険資格画面を印刷したもの

※ 太枠内を記入してください。