

受付番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

日出町長 様

申請者 (保護者)	住所	日出町	電話	—	—
	氏名	(子どもとの続柄) 印			

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、高額療養費について日出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のうち、過払い相当額を日出町へ支払います。

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

記

子ども	ふりがな			男 ・ 女	生年月日			
	氏名				平成	年	月	日
	住所							
医療 保 険	取得年月日	平成		令和		年	月	日
	保険種別	協 会 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国						
	被保険者証の記号・番号							
	被保険者名又は世帯主の氏名							
	保険者名・保険者番号							
	附加給付	有 ・ 無						
備考								