

子ども医療費受給者証交付申請書

--	--



※申請日、申請者欄及び太枠の中のみご記入ください。

年 月 日

(宛先)西尾市長

申請者住所 西尾市

氏名

電話番号

私は、子ども医療費受給者証の交付に必要な関係公簿を調査すること及び医療費が高額療養費又は付加給付に該当する場合、保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること並びに私に保険者から直接高額療養費が支払われた場合、西尾市に当該金額を返納することに同意します。

受給者番号	3	1	4							個人番号	
子ども住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 西尾市										
フリガナ											
子ども氏名											
生年月日										性別	男・女
支給対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ									個人番号	
加入 医療 保険	記号番号	記	号							番号	
	保険者の名称	1. 西尾市国民健康保険(一般・退職本人・退職扶養) 2. 全国健康保険協会(愛知支部・支部) 3. ()健康保険組合 4. ()									
	保険者番号										
	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 対象子どもと同じ ※別世帯のみ記入 (フリガナ: 生年月日:)									
	資格取得日 (認定年月日)										
世帯主名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※国民健康保険加入者のみ記入										
資格取得事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入()より <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 保護者変更										
資格取得日											
備考											

届出者確認 申請者本人・同居親族・その他 申請者との関係()