

消せるボールペンでの記入はしないでください。

記入例

様式第1号(第2条及び第4条関係)

子どもの医療費 (受給資格登録) 申請書
(受給資格証交付)

提出日

○年○月○日

受給者(子どもさん)の保険証の
コピーを添付してください。

申請者 (保護者)	住所	嬉野市塩田町大字馬場下甲1769番地	
	氏名	嬉野 太郎	Ⓜ
	(※記名押印に代えて署名可) (受給者の続柄 父)		
連絡先	0954 (66) 9121		

次の受給者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の医療費の受給資格の登録及び子どもの医療費受給資格証の交付を申請します。

受給者	フリガナ	ウレシノ ハナコ	性別	生年月日
	氏名	嬉野 花子		令和○年○月○日
	住所	申請者と同じ		
加入 医療 保険	保険種別	Ⓜ・組・船・共・国		
	保険者名称・保険者番号	全国保険協会佐賀支部	014100○○	
	記号・番号	1234	56789	
	被保険者氏名	嬉野 太郎		
	資格取得年月日	○年○月○日		
付加給付	有・無			
被保険者住所	(※受給者と住所が異なる場合にのみ記入)			

保険証に記載されている内容をご記入ください。

保険証に記載されてる被保険者氏名・または組合員氏名をご記入ください。

同意書

助成額の決定に際して、嬉野市が被保険者及び家族の住民税課税台帳の閲覧をし、及び保険者に対して高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。また高額療養費の申請に係る、必要な証明書の請求及び受領を委任します。

嬉野市長様 被保険者の氏名をご記入ください。
(被保険者) 氏名 嬉野 太郎 Ⓜ
(※記名押印に代えて署名可)

担当課処理欄		住民コード	
世帯コード			
受給者番号			
資格取得事由	出生・転入	資格取得年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	交付・郵送	
備考			