

記入例 (受給券新規申請書)

受付	発券
ト)) 年 月 日	免許/マイナンバー () ()

四街道市長

様

申請者氏名

子ども医療費助成受給券交付申請書

四街道市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第6条第1項の規定により、下記のとおり子ども医療費助成受給券の交付を申請します。

記

(申請者)	フリガナ	ヨツカイドウ タロウ	生年	〇〇年〇月〇日	続柄	父・母・
	氏名	四街道 太郎	月日			()
	住所	四街道市〇〇〇〇				
	電話番号	×××-××××-××××	個人番号	××××××××××××××××		
(配偶者等)	フリガナ	ヨツカイドウ ハナコ	生年	〇〇年〇月〇日	続柄	父・母・
	氏名	四街道 花子	月日			()
	住所	同上				
	電話番号	×××-××××-××××	個人番号	××××××××××××××××		
子ども	フリガナ	ヨツカイドウ イチロウ	フリガナ	ヨツカイドウ イチコ	生年	〇〇年〇月〇日
	氏名	四街道 一郎	氏名	四街道 一子	月日	
	生年月日	〇〇年〇月〇日	生年月日	〇〇年〇月〇日	年齢階層	児童等・高校生等
	年齢階層	児童等・高校生等	年齢階層	児童等・高校生等	性別	男 女
	性別	男	性別	女	住所	同上
	住所	同上	住所	同上	加入医療	認定年月日 H17/4/10 認定年月日 H20/3/20 認定年月日 / /
加入医療	保険者名	全国健康保険協会千葉支部 (保険者番号: ××××) (被保険者名: 四街道 △△)				
	記号	記号	××	番号	××××××	
保険証の会社の番号	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 申請中 同意書 事業の営に必要な、私の地方税関係情報及び記載内容について、四街道市が確認することに同意します。 氏名 四街道 太郎 氏名 四街道 花子					
私は次の事項に同意します。 1 高額医療費の全部に異議を申し立てないこと。 2 家族療養附加金等を私が保険者から受領した場合は、相当額を返還すること。 3 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる医療費について、子ども医療費助成受給券を使用した場合、助成された額を四街道市に返還すること。						
受給中の場合は申請できません。 申請中の場合はご相談ください。						
加入している健康保険の被保険者(保険加入者本人)の名前						
氏名 四街道 △△						

中学生までの子は児童等、高校生等の子は高校生等に○をつけてください。

子どもの保険が認定された日(適用開始日など)

保険証の会社の番号

受給中の場合は申請できません。申請中の場合はご相談ください。

加入している健康保険の被保険者(保険加入者本人)の名前

