

子ども医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

(あて先) 焼津市長

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

記

|  |            |                             |             |                       |             |
|--|------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| 受給者<br>(子ども)   | ふりがな       |                             |             | 旧児童手当制度の児童のうち第 子 (*1) | 男<br>・<br>女 |
|  | 氏名         | 生年月日                        | 年 月 日       |                       |             |
| 保護者  | 住所         | 〒 焼津市 (TEL )                |             |                       |             |
|  | ふりがな<br>氏名 | Ⓜ                           | 子ども<br>との続柄 |                       |             |
|  | 加入年金       | 国民年金・厚生年金・共済年金・その他 ( )      |             |                       |             |
| 主たる<br>生計維持者<br>(*2)   | 住所         | 〒 (TEL )                    |             |                       |             |
|  | ふりがな<br>氏名 | Ⓜ                           | 子ども<br>との続柄 |                       |             |
|  | 加入年金       | 国民年金・厚生年金・共済年金・その他 ( )      |             |                       |             |
| 加入<br>医療保険   | 保険の種類      | 社 保 ・ 組 合 ・ 共 済 ・ 船 員 ・ 国 保 |             |                       |             |
|  | 保険者名       |                             |             | 被保険者<br>氏名            |             |
|  | 被保険者証      | 記号                          |             | 番号                    |             |
| 被保険者<br>勤務先  | 事業所名       |                             |             | 電話番号                  |             |
|  | 所在地        |                             |             |                       |             |
| <p>旧児童手当の受給状況、所得状況を公簿により確認することについて承諾します。<br/>                 [承諾有効期限：申請日から受給者(子ども)が15歳に達する日以後の最初の3月31日まで]</p> <p>(*1) 旧児童手当制度の児童とは、18歳になった年の最初の3月31日までの子をいう。<br/>                 (*2) 主たる生計維持者が保護者と相違する場合にご記入ください。</p> |            |                             |             |                       |             |

委 任 状

子ども医療費受給者証で受けた医療の高額療養費の請求及び受領については焼津市長に委任します。

被保険者 住所

氏名

Ⓜ