

子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

中央市長 様

次のとおり子ども医療費助成金受給資格者証の交付を申請します。

申請日		令和 年 月 日						
申請者 (保護者)	フリガナ	※受給者証に記載する保護者名を記入してください				子どもとの続柄		
	氏名							
	個人番号					生年月日	昭和 年 月 日 平成	
	住所	中央市						
	電話	— —				勤務先名		
加入保険	保険証 記号番号	記号		番号		被保険者 (世帯主) 氏名		
		保険者名称		国民健康保険 健康保険組合 共済組合 支 部 全国健康保険協会		保険者番号		
子 ど も	フリガナ					生年月日	平成 年 月 日 令和	枝番
	氏名							
	個人番号							
	フリガナ					生年月日	平成 年 月 日 令和	枝番
	氏名							
	個人番号							
	フリガナ					生年月日	平成 年 月 日 令和	枝番
氏名								
個人番号								
指定 口座	金融機関名		本・支店	口座種別	口座番号	口座名義人 (カナ)		
	銀行・信金 信組・農協 漁協		本店 支店 支所	普通 当座				

同意書

中央市子ども医療費助成金制度の受給者証の交付を受けている期間において、下記の事項に同意します。

- ①市が子ども医療費助成金に関する条例及び規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。なお、公簿又は個人番号で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- ②市と審査支払機関並びに加入する医療保険機関が、医療費助成金の算定に必要な助成金の受給資格及び医療費に関する情報を交換することに同意します。
- ③中央市国民健康保険から償還される高額療養費（高額介護合算療養費に係る介護保険分及び特定疾病療養費を含む）の受領権限を市に委任し、また、受領した国民健康保険高額療養費等については、市がすでに医療機関等に支払った当該医療にかかる医療費に充当することに同意します。

(申請者氏名)

印