

子ども医療費助成受給券交付申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

次のとおり、子どもの医療費助成及び受給券の交付を申請します。

申請者 (保護者)	現住所																			
	氏名	フリガナ										電話番号	(携帯電話など、平日の日中における連絡先)							
	生年月日	S・H		年		月		日		個人番号										
	1月1日 住所地	今年	☐ 市内 ☐ 市外 (市区町村名:) ☐ 海外																	
昨年		☐ 市内 ☐ 市外 (市区町村名:) ☐ 海外																		
申請者以外 の保護者	現住所																			
	氏名	フリガナ										電話番号	(携帯電話など、平日の日中における連絡先)							
	生年月日	S・H		年		月		日		個人番号										
	1月1日 住所地	今年	☐ 市内 ☐ 市外 (市区町村名:) ☐ 海外																	
昨年		☐ 市内 ☐ 市外 (市区町村名:) ☐ 海外																		
申請理由	☐ 出生		☐ 転入				☐ 生活保護停止・廃止				☐ その他 ()									
申請に係る 子ども①	氏名	フリガナ										生年月日	平成・令和		続柄	☐ 子				
											年 月 日		☐ 子以外 ()							
住所											個人番号									
申請に係る 子ども②	氏名	フリガナ										生年月日	平成・令和		続柄	☐ 子				
											年 月 日		☐ 子以外 ()							
住所											個人番号									
申請に係る 子ども③	氏名	フリガナ										生年月日	平成・令和		続柄	☐ 子				
											年 月 日		☐ 子以外 ()							
住所											個人番号									
加入医療保険	種類	☐ 社保 ☐ 共済 ☐ 国保 ☐ 国保組合 ☐ その他																		
	保険者名											保険者番号								
	記号					番号						資格取得日								
	被保険者氏名	フリガナ										被保険者生年月日		(申請者と同じ場合は記入不要)						
		(申請者と同じ場合は記入不要)																		

同 意 欄

- 1 申請の内容の審査に当たり、申請者及び申請者以外の保護者の個人住民税の課税台帳情報を確認することに同意します。
- 2 助成額の算定に必要な高額療養費及び付加給付金の支給状況等について、市が保険者に照会することに同意します。
- 3 高額療養費について、習志野市が過払いとなった場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を習志野市に支払います。また、習志野市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。
- 4 家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該給付金相当額を習志野市に支払います。
- 5 日本スポーツ振興センターの災害共済給付等の助成は受けておりません。なお、助成を受けた場合は、子どもの医療費分を習志野市に返還します。

申 請 者

印

申請者以外の保護者

印

※氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

【 ☐ 本人確認書類 ☐ 個人番号確認承諾 】

受給者番号①		税区分	資格取得事由	住定日	申請者 (保護者)	申請者以外の保護者	
		超・課・非	H・R . . 出生・県内・県外		S・H・R . .	S・H・R . .	
受給者番号②		税区分	資格取得事由	世帯番号			
		超・課・非	H・R . . 出生・県内・県外				
受給者番号③		税区分	資格取得事由				
		超・課・非	H・R . . 出生・県内・県外				

その他の手続状況			
児童手当		ハンドブック	
児童扶養手当		母子手帳	