

別 記

第1号様式（第5条第1項）

子ども医療費助成受給券交付申請書

令和 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)	フリガナ		申請者 以外の 保護者 等	フリガナ	
	氏名			氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所			住所 (申請者と 同じ場合は、 記入不要)	
	電話番号	()		個人番号	
	個人番号			個人番号	

課税状況確認承諾書

子どもの医療費助成金算定に必要な、私の課税状況を確認することを承諾します。

保護者 _____ ① 保護者 _____ ①

※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。

子ども	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日		
	氏名		個人番号			
	住所 (申請者と同じ場合 は、記入不要)					
加入 医療 保険	保険者名称					
	保険者番号					
	保険種別	1 社保	2 国保	3 国保組合	4 共済組合	5 その他
	被保険者名 (申請者と同じ場合 は、記入不要)					
	記号		番号			
	資格取得 年月日	平成・令和 年 月 日				

- 高額療養費について、習志野市が過払いとなっている場合は、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へ支払います。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。
- 家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を習志野市へ支払います。
- 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、子どもの医療費助成成分を返還します。

児童手当		ハンドブック	
児扶・ひ医		母子手帳	

【 本人確認書類 ①免許・旅券・在留・手帳・番号 ②保険・年金・他() 個人番号確認承諾 】

受給者番号				税区分	資格取得事由	住 定 日	S・H・R . . .	S・H・R . . .
				超・課・非	H・R . . .	基準日住所		
					出生・県内・県外	世帯番号		