

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

西予市長様

申請者 住所

氏名

電話

次のとおり子ども医療費の受給資格登録を申請します。

なお、私が監護する次の子どもが医療を受けた愛媛県内所在の医療保険各法による保険医療機関等に対し、西予市子ども医療費助成条例に基づく助成金の請求及び受領の権限を委任するとともに、保険医療機関等に係る高額療養費等に該当した場合には、西予市長を代理人と定め、支給申請、請求等必要な一切の手続き及び受領に関する権限を委任します。

助成対象者	ふりがな		性別	男・女	子ども との 続柄	
	氏名					
	住所					
子ども	ふりがな		性別	男・女	生年月日	
	氏名					
	住所					出生 届出地
子どもの加入医療保険	被保険者または世帯主の氏名		記号番号			
	保険者番号及び名称		勤務事業所名			
	保険種別	国保 協会 船共 健組	附加給付	有・無	子どもとの続柄	

- (1) 住所は番地まで正しく記入してください。
- (2) 子どもとの続柄は、「父」「祖母」等具体的に記入してください。
- (3) 被保険者と助成対象者が異なる場合は、子どもと被保険者の続柄を記入してください。

↓記入しないでください。

受給者番号		取得理由
受給資格取得年月日	令和 年 月 日	出生・転入・その他
受給資格証交付年月日	令和 年 月 日	備考