

記入例

子ども医療費助成申請書

平成28年 1月 4日

印西市長 様

子ども医療費の助成を受けたいので、次のとおり受給資格の登録を申請します。

原則として、加入医療保険の被保険者が保護者となります。

保護者	住 所	〒270-1396 印西市大森 2364-2				
	フリガナ	インザイ タロウ		子どもとの続柄	父	
	氏名 ※	印西 太郎 ㊟		電話番号	0476-42-5111	
	生年月日	平成元年1月1日		個人番号	1111 1111 1111	
同配偶の者親又は	住 所	〒 同上				
	フリガナ	インザイ ハナコ		子どもとの続柄	母	
	氏名 ※	印西 花子 ㊟		電話番号	0476-42-5111	
	生年月日	平成2年2月2日		個人番号	2222 2222 2222	
子ども	住 所	〒 同上				
	フリガナ	インザイ イチロウ		インザイ シロウ		
	氏名	印西 一郎		印西 二郎		
	生年月日	平成22年3月3日		平成23年4月4日		年 月 日
	性別	男 ・ 女		男 ・ 女		男 ・ 女
	加入医療保険	1 社保 2 国保 3 その他		1 社保 2 国保 3 その他		1 社保 2 国保 3 その他
	個人番号	3333 3333 3333		4444 4444 4444		
世帯構成		氏 名	子どもとの続柄		氏 名	子どもとの続柄
	1	印西 太郎	父	5		
	2	印西 花子	母	6		
	3	印西 一郎	本人	7		
	4	印西 二郎	本人	8		

追加する場合は、追加のお子さんについてのみ記入して下さい。

承諾書

私は、子ども医療費の助成を受けることができる期間において、下記の各項目について、承諾します。

(保護者) 氏名 印西 太郎 ㊟※

(配偶者又は同居の親族) 氏名 印西 花子 ㊟※

- 資格審査の目的で、私の所得状況、市民税課税状況、住民基本台帳及び国民健康保険の加入状況を確認すること。
- 私が高額療養費を保険者から受領した場合に、印西市が過払いとなっているときは、過払い相当額を印西市へ支払うこと。
- 印西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。
- 私が付加給付金を保険者から受領した場合に、印西市が過払いとなっているときは、過払い相当額を印西市へ支払うこと。

(注) 加入医療保険が印西市国保以外の場合は子どもの健康保険証の写しを添付してください。

※ 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。