

平成30年 4月 1日

西市長 様

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。

1月から7月分を申請する場合は、前年度を記入し、それ以外は申請する年を記入してください。以下同様です。

保護者
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。

住 所	〒270-1396 印西市大森2364-2			
平成29年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 印西市内 <input type="checkbox"/> 印西市外 (都道府県 市区町村 ・ 国外)			
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	0476-33-4645	
生年月日	平成元年1月1日	個人番号	1111 1111 1111	
住 所	〒 同上			
平成29年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 印西市内 <input type="checkbox"/> 印西市外 (都道府県 市区町村 ・ 国外)			
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	0476-33-4645	
生年月日	平成2年2月2日	個人番号	2222-2222-2222	
住 所	〒 同上			
フリガナ	インザイ イチロウ	インザイ ジロウ		
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		
性別	男 ・ 女	男 ・ 女		
加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 1社	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、追加するお子さんのみ記入してください。

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に関する情報を取得すること。
- 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。