

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申請者 住 所

氏 名
電話番号

対象者	住 所					
	フリガナ					
	氏 名				子どもの 続柄	
個人番号						
子ども	住 所					
	フリガナ				生 年 月 日	
	氏 名					
個人番号						
加入医療保険	被 保 险 者 等 の 氏 名			続柄		住所
	記 号 番 号					附加給付 等の有無
	保険者等の 名 称	<保険者番号 >		所在地		
交付事由	1 出 生 2 転 入 3 その他() (交付事由発生年月日 年 月 日)					受給者番号
同意欄	申請に当たり、次のことに同意します。 1 子ども医療費支給事務の遂行に必要な範囲内で個人情報を収集し、及び利用すること。 2 高額療養費又は附加給付金等の支給がある場合は、市が医療機関等に支払った範囲内において、市が保険者等から当該金額を受領すること。 3 2の場合で保険者等から被保険者等に対し直接高額療養費又は附加給付金等が支給されたときは、市が医療機関等に支払った範囲内において、市に当該金額を返納すること。					
	備 考					