

- 持参するもの**
- 印鑑
 - 子どもの氏名が記載されている健康保険証の写し
 - 保護者名義の貯金通帳又はキャッシュカードの写し

子ども医療費受給資格者証交付(変更・再交付)申請書

届出の事由

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> その他()

(あて先) 甲州市長

次のとおり届出いたします。

申請年月日		平成	年	月	日
申請者 (保護者)	住所	甲州市			
	氏名	Ⓜ			
	電話	自宅	携帯		
子ども	フリガナ			生年月日	
	氏名			平成	年 月 日
	フリガナ			生年月日	
	氏名			平成	年 月 日
	フリガナ			生年月日	
	氏名			平成	年 月 日
	フリガナ			生年月日	
	氏名			平成	年 月 日
子どもの加入している健康保険	保険者番号	被保険者証記号・番号			
	保険者名称				
償還払の振込先(保護者名義)	金融機関名			支店名	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座			
	口座番号			口座名義	カタカナで記入

委任状兼同意書

私は、甲州市子ども医療費受給資格者証交付申請に伴い、助成対象の児童にかかる高額療養給付費及び高額介護合算療養費が発生した場合は、その受領に関することを、子ども医療費助成金の支払者である甲州市長に委任します。甲州市が受領した高額療養給付費等については、甲州市がすでに医療機関等に支払った当該医療に係る医療費に充当してください。また、甲州市と審査支払機関が医療費助成金の算定に必要な受給資格並びに医療費に関する情報を交換することに同意します。

(あて先) 甲州市長

平成 年 月 日

保護者住所 甲州市

保護者氏名 Ⓜ

※委任・同意をされない場合は、窓口無料化にはなりませんので、医療機関で自己負担額をお支払いいただき、後日、市役所窓口で請求いただく償還払いの扱いとなります。なお、加入されている健康保険によっては窓口無料化にならない場合もございます。

問い合わせ
甲州市役所 子育て対策課 児童福祉担当
(代)32-2111 (直)32-5081