

子ども医療費助成金受給資格者証(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 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 再交付	<input type="checkbox"/> 理由( )

(宛先)甲州市長

次のとおり届出いたします。

申請年月日		年 月 日	
申請者 (保護者)	住 所	甲州市	
	氏 名		個人番号
	電 話	自宅	携帯
子ども	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	個人番号		
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	個人番号		
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	個人番号		
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	個人番号		
子どもの加入している健康保険	<input type="checkbox"/> 別添健康保険証の写し等のとおり		
償還払の振込先 (保護者名義)	<input type="checkbox"/> 既登録口座( ) と同一口座) <input type="checkbox"/> 別紙通帳の写し等の口座		

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、助成対象の児童に係る高額療養給付及び高額介護合算療養費が発生した場合は、その受領に関する事を、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、甲州市が既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及び医療費に関する情報を交換することに同意します。

(宛先) 甲州市長

年 月 日

保護者住所 甲州市

保護者氏名

※委任・同意されない場合は、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になります。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。

問い合わせ先  
甲州市役所 子育て支援課  
こども支援担当  
電話：0553-32-5081