

様式第 1 号（第 2 条関係）

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
(子どもとの関係)
電話番号

次のとおり子ども医療費受給資格の登録を申請します。
なお、申請に当たっては次の事項について承諾します。

- ☐ 申請内容の審査のため、市が住民基本台帳情報等の公簿等を閲覧（個人番号を利用した健康保険資格情報照会を含む）すること。
- ☐ 子ども医療費の助成を行った診療等について、医療機関及び保険者に対して市が照会を行うこと。
- ☐ 子ども医療費の助成を行った診療について、高額療養費、付加給付等を保険者から受領した場合は、当該相当額を市へ支払うこと。

子 ど も	ふ り が な 氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日
	住 所		
医 療 保 険	記 号 ・ 番 号		
	被 保 険 者 等 氏 名		
	保 険 者 名		
	保 険 者 番 号		
備 考	高校生等（子ども）は、次の要件に該当します。 ☐ 就職（保護者の扶養から外れている場合に限る。）をしていない。 ☐ 婚姻をしていない。		