

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。

- 子ども医療費の助成を行った診療について、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額の算定に必要な私の世帯の状況及び市民税の課税状況について、市が所有する公簿にて調査・閲覧を行うこと。また、必要に応じてその結果を私が加入する保険者に対して市が報告すること。
- 子ども医療費の助成額の算定に必要な私の高額療養費の所得区分について、私の加入する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結果、高額療養費が発生した場合は、市の行った当該助成の過払い相当額の高額療養費について、その請求・受領の権限を市に委任すること。また、その過払い相当額を保険者から私が受領した場合は、私が市へ支払うこと。
- 子ども医療費の助成を行った結果、発生した家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を私が市へ支払うこと。

子 ど も	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	
	氏 名			年 月 日	
	住 所				
医 療 保 険	取得年月日	年 月 日			
	保 険 種 別	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国			
	被保険者証等の記号・番号				
	被保険者名又は世帯主の氏名				
	保 険 者 名 ・ 保 険 者 番 号				
付 加 給 付	有 ・ 無				
備 考	高校生等（子ども）は、次の要件に該当します。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 婚姻をしていない。				