

子どもの医療費（ 受給資格登録
受給資格証交付 ） 申請書

令和△年 △月 △日

武雄市長 様

申請者 (保護者)	住 所	武雄市 武雄町大字武雄〇〇番地〇
	氏 名	医療 太郎 (子どもとの続柄 父)
	連絡先	〇〇〇(〇△×〇) 〇△×〇

(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。
(本人が自署しない場合は押印が必要)

受給者に係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子どもの医療費受給資格の登録及び子どもの医療費受給資格証を交付して頂きたい。

受給者	フリガナ	イリョウ ハナコ	性 別	生 年 月 日
	氏 名	医療 花子	女	令和〇年〇月〇日
	個人番号	〇×〇×〇×〇×〇×〇×		
加入医療保険	住	子が加入している医療保険情報を記入		
	保 険 種 別	協会けんぽ・組合健保・船保・共済・国保		
	保険者名称・保険者番号	全国健康保険協会 〇〇支部	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	記 号 ・ 番 号	〇〇〇〇	〇〇〇	
	被 保 険 者 氏 名	医療 太郎		
	個 人 番 号	△×△×△×△×△×△×	被保険者の個人番号	
	資 格 取 得 年 月 日	令和〇年 〇月 〇日		
	付 加 給 付	有 ・ 無		
被 保 険 者 住 所	(※受給者と住所が異なる場合にのみ記入)			

同 意 書	
助成額の決定に際して、武雄市が住民税課税台帳の閲覧、及び保険者に対して高額医療費の支給状況等を確認することに同意します。また高額療養費の申請に係る、必要な証明書の請求及び受領を委任します。	
武雄市長 様	(被保険者) 氏 名 医療 太郎 (注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。 (本人が自署しない場合は押印が必要)

※ 記名押印に代えて、署名することができます。

担当課処理欄	
世帯コード	住民コード
受給者番号	
資格取得事由	出生 ・ 転入
交付年月日	資格取得年月日
	年 月 日
	交付 ・ 郵送
備考	