

子育て支援医療費受給資格登録申請書の書き方

この申請は、0歳から18歳までのお子様が医療費の助成を受けるために必要です。申請することにより受給資格証が交付されます。受給資格証を県内の医療機関等で提示することにより、原則、医療機関等の窓口で保険診療分の一部負担金をお支払いする必要がなくなります。（ただし、国民健康保険組合加入の方は、一部医療機関で窓口での自己負担が発生しますのでご注意ください。）

また、対象となっていない医療機関等を受診した場合（接骨院や県外病院等）は、一部負担金の窓口払いが発生しますが、後からから町に申請することにより、指定した口座へ払い戻されます。（国民健康保険組合加入の方につきましても、上記の申請により自己負担分が払い戻されます。）

- <添付書類>
- ①お子さんの健康保険証の写し
 - ②口座登録金融機関通帳の写し（被保険者名義のもの）

(保険証の例)

お子様の保険証の内容を

健康保険 家族（被扶養者）
被保険者証 令和×年×月××日交付

記号 ×× 番号 ▲▲
 ミハル サクラ

氏名 三春 さくら
 生年月日 令和 ×年 ×月××日
 性別 女
 認定年月日 令和 ×年 ×月××日
 被保険者氏名 三春 太郎

事業所名称 ■■株式会社
 保険者番号 12345678
 保険者名称 全国健康保険協会●●支部
 保険者所在地 ●●市●●町×-××

様式第1号（第2条関係）

記入不要	登録年月日	年 月 日	登録事由	出生・転入・社保加入
	交付方法	窓口・郵送（ / ）		

子育て支援医療費受給資格登録申請書

下記のとおり子育て支援医療費受給資格の登録を申請します。
 なお、受給資格認定のため、所得・課税状況を調査することに同意します。

令和 ×年 ×月××日
 三春町長 様

住所 三春町字大町1-2
 申請者（被保険者）氏名 三春 太郎

申請者 (被保護者)	ふりがな	みはる たらう	子どもの	父	電話	090-xxxx-xxxx
	氏名	三春 太郎	の			
	住所	三春町字大町1-2				
	個人番号	XXXXXXXXXX	登録事由	出生・転入・社保加入		
子ども	ふりがな	みはる さくら				
	氏名	三春 さくら				
	性別	男・女	男・女	男・女	男・女	
	生年月日	平成 令和 ×年 ×月××日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
加入 保険	加入 保険	※該当の番号に○をつけてください。 ① 全国健康保険協会 (●●) 支部 ② () 健康保険組合 ③ () 共済組合 ④ その他 ()				
	保険者番号	12345678	被保険者名	三春 太郎		
	記号・番号	×× - ▲▲	事業所名	■■株式会社		
口座 登録	振込先金融機関名・支店名	口座種類・番号	口座名義			
	銀行 ●● 農協 ■■ 支店 信用組合	普通 総合・当座 番号 xxxxxx	氏名	三春 太郎		
1月1日時点の被保険者の住所 ①三春町・②他市町村 ()						

添付書類 ※申請の際にご準備ください。
 ①子どもの健康保険証の写し ②口座登録金融機関通帳の写し（被保険者名義のもの）

同じ方の名前が入ります。

保護者（被保険者）
 社会保険の被保険者のお名前を記入してください。

子ども
 社会保険に加入している三春町在住のお子様のお名前を記入してください。
 0歳から18歳に達する日以後の最初の