

子ども医療費受給資格登録申請書

助成対象者	ふりがな		性別	男・女	子ども	との続柄		
	氏名							
	住所	八幡浜市			電話			
子ども	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年	月	日
	氏名							
	住所	□助成対象者住所と同じ（記入不要）						
	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年	月	日
	氏名							
	住所	□助成対象者住所と同じ（記入不要）						
	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年	月	日
	氏名							
	住所	□助成対象者住所と同じ（記入不要）						
	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年	月	日
	氏名							
	住所	□助成対象者住所と同じ（記入不要）						
加入保険	保険種別	□国保 □被用者健保		記号		番号		
	保険者名							
	所在地							
	被用者健 の場合	被保険者本人氏名						
勤務事業所名								
附加給付の有無		有・無						
<p>上記のとおり子ども医療費の受給資格について、加入健康保険の被保険者証（又は組合員証）の写しを添え登録申請します。</p> <p>愛媛県内に所在する医療保険各法に定める保険医療機関等の開設者を代理人に定め、八幡浜市子ども医療費助成条例に基づく助成金の請求並びに受領の権限を委任します。</p> <p>子ども医療費に係る高額療養費等の支給申請、請求等一切に関すること及び市県民税又は所得の確認の権限を八幡浜市長に委任します。</p>								
						年	月	日
八幡浜市長		様		申請者		住所		
						氏名		
						電話番号		

- ※ 住所は番地まで正しく記入してください。
- ※ 子どもとの続柄は、「実父」「祖母」「養父」「未成年後見人」等具体的に記入してください。
- ※ 申請時には、現在加入している健康保険の被保険者証(本人及び子ども)の写しを添付してください。
- ※ 申請後加入保険等の変更があった場合、速やかに様式第5号子ども医療費受給資格内容等変更届を提出してください。