

福祉医療費受給券交付申請書 (乳幼児用)

年 月 日

高 島 市 長 様

次のとおり、高島市福祉医療費助成条例施行規則第9条の規定により、受給券を交付されたく申請します。なお、申請にあたり、下記の2点について同意します。

1. 受給申請時および受給期間中に助成対象者の属する世帯の構成・異動状況について、調査・確認すること。
2. 加入医療保険から附加給付または高額療養費を支給されたときは、先に高島市が医療機関等に支払った附加給付または高額療養費に相当する額を高島市の指定する方法により返還すること。

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____ () _____

保 護 者	氏 名		男・女	助成対象者 との続柄 () <input type="checkbox"/> 児童手当受給者 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者
	居 住 地			

助成対象児童名	性別	個人番号	居 住 地	加 入 医 療 保 険		附加 給付	※ 受給者 番 号
		生年月日		記号番号・保険者名・被保険者名	被保険者名		
第 一 子	男・女	平・令 年		保険者名	有・無	有・無	
		月 日		記号・番号			
		(歳)		所在地			
				被保険者名 続柄 ()			
第 二 子	男・女	平・令 年		保険者名	有・無	有・無	
		月 日		記号・番号			
		(歳)		所在地			
				被保険者名 続柄 ()			
第 三 子	男・女	平・令 年		保険者名	有・無	有・無	
		月 日		記号・番号			
		(歳)		所在地			
				被保険者名 続柄 ()			
第 四 子	男・女	平・令 年		保険者名	有・無	有・無	
		月 日		記号・番号			
		(歳)		所在地			
				被保険者名 続柄 ()			

注意事項

1. **健康保険の被保険者証または組合員証をご持参ください。**
2. 母子健康手帳をご持参ください。
3. 県内の他の市町から転入した場合は、旧受給券を提示してください。
4. 申請書の※欄は記入しないでください。
5. 保護者については、原則として児童手当受給者となりますが、受給されていない場合は、主たる生計維持者の氏名を記入してください。
6. 附加給付とは、ご加入の健康保険が健康保険法等に基づく保険給付に独自に上乘せしているものをいいます。