

子ども医療費受給資格証 交付申請書

子 ども	ふりがな	居住地 (住 所)
	氏 名 男 女	
	生年月日 H . .	個人番号
①子どもを主として養育している者	氏 名	住 所
	子どもとの続柄	個人番号

		①子どもを主として養育している者の所得状況	
②控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数)		人( 人)	
③所 得 額		円	
④控 除	雑 損	円	
	医 療 費	円	
	小規模企業共済等掛金	円	
	障 害 者 控 除	障 人 特障 人	※ 円
	寡婦(夫)・寡婦の特別 勤労学生の別	寡 婦 (夫) 寡 特 ・ 勤	※ 円
	児童手当法施行令第3条第1項による控除	※	円
※ 控 除 後 の 所 得 額		円	

加 入 医 療 保 険	被保険者氏名		子どもとの続柄		住 所	
	⑤保険種別	政・組・日・船・共 国( )	本人 家族	被保険者証 の記号番号		
	保険者番号及び 名 称					

⑥ 交 付 申 請 事 由	1 就学児にあたるため	4 その他( )	
	2 転入してきたため	(交付事由発生年月日)	
	3 保険に新たに加入したため	年 月 日	
※ 審 査	認 定	本則 ・ 特例	却 下

子どもの医療費受給資格証の交付申請にあたり、本受給資格申請の審査を受けるために必要な所得等の情報を閲覧・使用することに同意し、上記のとおり子ども医療費受給資格証の交付を申請いたします。

年 月 日

申請者 住所 河合町  
氏名 ④  
電話番号 ( )

河合町長 殿

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

様式第3号の2(第3条関係)

(表)

子ども医療費受給資格証								
公費負担者番号								
受給者番号								
子ども	住所							
	氏名							
	生年月日							
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで						
発行機関名印								
交付年月日		年 月 日						
(注)奈良県外で受診する場合は、自己負担額を支払う際、領収書を受け取って河合町役場へ直接申請してください。								

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、健康保険証を使って受診した際の医療に係る自己負担支払額について、助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。
- 2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、健康保険証(被保険者証)に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
- 3 福祉医療費資金貸付制度利用者は、資金貸付資格認定書を必ず本受給資格証に添えて窓口へ提出してください。
- 4 受給者資格がなくなったときは、速やかにこの証を町長に返してください。
- 5 氏名又は居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。
- 6 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に町長にその旨を届け出てください。
- 7 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分の対象となります。

有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。

様式第4号(第4条の2関係)

子ども医療費助成金交付請求書										年 月 日
河合町長 殿					(申請者)住 所 氏 名					印
金 <input style="width: 150px;" type="text"/> 円										
ただし、 年 月分 医療費助成金を上記のとおり交付されるよう請求します。										
受給資格証 記号・番号						受給者 氏 名				
加入医療保険名称						加入医療 保 険 記 号 番 号				
なお、上記金額を次の金融機関に振り込んで下さい。										
振込 口座	銀行 店		種別	普通 当座	番 号				フリガナ 名 義	
◎この欄には医療機関等で受けられた医療等の状況を記入し、該当する領収書等を添付してください。										
医療 等 の 状 況	入 院	医療機関：名称	(所在地 )							
		日数・期間		総点数		自己負担支払額				
		日(年月日～年月日)		点		円				
	外 来	①	医療機関等：名称	(所在地 )						
		日 数		総点数		自己負担支払額				
		日		点		円				
	等	②	医療機関等：名称	(所在地 )						
		日 数		総点数		自己負担支払額				
		日		点		円				
③	医療機関等：名称	(所在地 )								
	日 数		総点数		自己負担支払額					
日		点		円						
※確認欄	保険の自己負担割合(1割・2割・3割)					※高額療養費の有無(限度額 <input style="width: 50px;" type="text"/> )				
※決 定						係	決裁年月日	年 月 日		
							交付年月日	年 月 日		
							台帳確認			
【自己負担額】 - 【高額療養費】 - 【一部負担金】 ( 円) - ( 円) - ( 円) = 支給額 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円										

※欄は記入しないでください。