

別記

第1号様式(第6条)

乳幼児医療費助成申請書

平成26年12月4日

市長様

乳幼児医療費助成制度を受けるため、次の通り受給者の登録を申請します。

保護者	住所	〒160-0000 東京都新宿区西新宿1-1-××			
	フリガナ	ヤマダ マコト	乳幼児との続柄	電話番号	
	氏名	山田 誠		03-××××	
乳幼児	住所	〒160-0000 東京都新宿区西新宿1-1-××			
	フリガナ	ヤマダ ヒナ			
	氏名	山田 陽菜			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	性別	男・女	男・女	男・女	
世帯構成	氏名	乳幼児との続柄	氏名	乳幼児との続柄	
	1 山田 誠	父 5			
	2 山田 陽子	母 6			
	3 山田 陽菜	本人 7			
	4		8		
加入医療保険	保険者名	保険の教科書健康保険組合			
	保険者番号	123-456789			
	保険種別	①. 社保等 2. 国保等			
	被保険者名	山田 誠			
	記号番号	記号	〇〇	番号	××××
	資格取得又は認定年月日	平成18年4月1日			
私(申請者)及び配偶者は、申請から乳幼児が就学する前年まで、乳幼児医療費助成金の算定に必要な市民税を確認することを承諾します。					
氏名 山田 誠 (印)					
氏名 山田 陽子 (印)					

高額療養費について 市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を 市へ支払います。また、市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。また、家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を 市へ支払います。