

第1号様式（第3条関係）

鴨川市子ども医療費受給資格登録申請書

(宛て)
鴨川市長

年 月 日

鴨川市子ども医療費の助成に関する条例第6条の規定により、次のとおり子ども医療費の受給資格の登録を申請します。なお、申請に当たっては、次のことに同意します。

- | | |
|---|---|
| 1 | 高額療養費について鴨川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、過払い相当額を鴨川市に支払うこと。 |
| 2 | 鴨川市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、鴨川市と保険者で負担相当額について相殺すること。 |
| 3 | 家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を鴨川市に支払うこと。 |

助成対象者 (保護者)	住 所	〒					
	フリガナ				電 話	()	
	氏 名	Ⓜ					
子 ども	住 所	〒					
	フリガナ				生年 月日	年 月 日	
	氏 名						
	個人番号						
世 帯 構 成		氏 名	子どもとの続柄	個人番号		氏 名	子どもとの続柄
	1		父		5		
	2		母		6		
	3				7		
	4				8		
子どもの加入医療保険	保 険 者 名						
	保 険 者 番 号						
	保 険 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他					
	被 保 険 者 名						
	記 号 番 号	記号				番号	
	資格取得年月日	年 月 日					

※ 別紙同意書を添付すること。