

様式第1号（第2条関係）

子どもの医療費（ 受給資格登録 受給資格証交付 ） 申請書

年 月 日

鹿島市長 様

申請者 (保護者)	住所
	氏名 (子どもとの続柄)
	連絡先 ()

受給者に係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子どもの医療費受給資格の登録及び子どもの医療費受給資格証の交付を申請します。

受給者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	個人番号			
	住 所			
加入医療保険	保 険 種 別	協会けんぽ・組合健保・船保・共済・国保		
	保険者名称・保険者番号			
	記 号 ・ 番 号			
	被 保 険 者 氏 名			
	個 人 番 号			
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		
	付 加 給 付	有 ・ 無		
被 保 険 者 住 所	(※受給者と住所が異なる場合にのみ記入)			
同 意 書				
助成額の決定に際して、鹿島市が住民課税台帳の閲覧、及び保険者に対して高額医療費の支給状況等を確認することに同意します。また高額医療費の申請に係る、必要な証明書の請求及び受領を委任します。 (被保険者)				
鹿島市長様		氏 名		

当課処理欄			
世帯番号		世帯番号	
受給者番号			
資格取得事由		資格取得年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	交付 ・ 郵送	
備 考			