

# 子育て支援医療費受給資格登録申請書の書き方

様式第1号

記入不要 受給資格	登録年月日	平成 年 月 日	受給者	記号番号	三春町-子-
	登録事由	出生 転入 その他	受給者	保険種別	協会けんぽ 組合 船員 国組 共済
	交付方法		窓口 ・ 郵送 ( / )		

## 子育て支援医療費受給資格登録申請書

下記のとおり、子育て支援医療費受給資格の登録を申請します。  
 なお、受給資格認定のため、所得・課税状況を調査することに同意します。

平成 年 月 日  
 三春町長 様

住所 三春町  
 氏名 **三春 太郎** 印

申請者 (被保険者)

被保険者	ふりがな	<b>三春 太郎</b>		続柄		電話	
	住所	三春町					
	職業	子どもに対しての続柄					

保護者 (被保険者) の 個人番号

子ども	ふりがな	男 女	生年月日	平成 年 月 日
	住所	三春町		

加入 保険	保険者名	〇〇〇健康保険組合	保険者番号	<b>1234567</b>
	被保険者名	<b>三春 太郎</b>	記号番号	—
	事業所名	〇〇〇株式会社		
	所在地	<b>三春町字大町1-2</b>		

口座 登録	振込先金融機関名・支店名	口座種類・番号	口座名義
	銀行 農協 信用組合 支店	普通・総合・当座 番号	フリガナ <b>ミナル タロウ</b> 氏名 <b>三春 太郎</b>

1月1日時点の被保険者の住所 ①三春町 ・ ②他市町村  
 ※②他市町村の方で、お子さんが小学校入学前の場合、所得証明書の添付が必要となります。

同じ方の名前が入ります

印鑑は認印でも結構です

**保護者**  
 社会保険の被保険者が原則です。(保険証に明記されています)  
 保護者は、町外在住でも結構です。(ただし、お子さんが小学校入学前であれば、所得証明の提出が必要になります)

**子ども**  
 三春町に在住している方に限ります。  
 0歳から18歳に達する日以後の最初の3月31日までにいる方が対象となります。

この申請は、0歳～18歳までの医療費の助成を受けるための申請です。申請することにより受給者資格者証が交付されます。受給者資格者証を県内の対象病院等で提示することにより病院窓口での自己負担が不要になります。

また、対象となっていない病院を受診した場合(接骨院や県外病院等)でも、一旦医療費の自己負担分を窓口払でしていただきますが、その後、所定の用紙で町に申請することにより、あなたの指定した口座へ医療費の自己負担分を償還します。

<添付書類>

- ・お子さんの健康保険証の写し(社会保険に加入されている方であることを確認します)
- ・口座登録金融機関通帳の写し(転記に誤りがないか確認します)
- ・所得証明書・・・1月1日現在に被保険者の住所が三春町にない方で、お子さんが小学校入学前の場合のみ。(所得により県の補助金額が変わるため、所得の確認をします)

- 添付書類
- 子どもの健康保険証の写し
  - 口座登録金融機関通帳の写し
  - 所得証明書(※②の場合は、添付)

保険証の例

健康保険被保険者証

家族(被扶養者) 平成 年 月 日交付  
 記号 12345 番号 678

氏名 性別

被保険者氏名

生年月日

認定年月日

事業所所在地 三春町字大町1-2

事業所名称 〇〇〇株式会社

保険者所在地 〇〇〇健康保険組合

保険者番号・名称 1234567