

# 子ども医療費受給資格登録申請書 兼 子ども医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

別府市長

あて

申請者  
(保護者)

住所	〒 — —  電話 — —
氏名	印 子どもとの続柄 ( )

子ども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医療費受給資格の登録及び子ども医療費受給資格者証の交付を申請します。

なお、高額療養費、高額介護合算療養費又は保険者が定める附加給付の受給により、別府市が行う子どもに係る医療費の助成に過払いが生じた場合は、当該過払い相当額を別府市に支払います。

記

子ども	フリガナ	
	氏名	
	性別	
	生年月日	平成 年 月 日
	住所	
医療保険	取得年月日	平成 年 月 日
	保険種別	
	記号	
	番号	
	被保険者又は世帯主の氏名	
	保険者名	
	保険者番号	
附加給付	有 ・ 無	
備考		