

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

平成22年 10 月 1 日

別府市長

あて

申請者
(保護者)

住所	〒 874 - 8511 別府市上野口町1番15号 電話 0977 - 21 - 1111
氏名	別府花子 印 子どもとの続柄 (母)

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	ベップイズミ
	氏名	別府泉
	性別	男
	生年月日	平成 22 年 10 月 1 日
	住所	別府市上野口町1番15号
医療保険	取得年月日	平成 22年 10 月 1 日
	保険種別	協会けんぽ
	記号	11111111
	番号	111
	被保険者又は世帯主の氏名	別府花子
	保険者名	全国健康保険協会〇〇支部
	保険者番号	11000000
	附加給付	無
備考		