

様式第1号(第2条関係)

さいきっ子医療費受給資格登録等申請書

年 月 日

佐伯市長 様

申請者 (保護者)	住所	郵便番号 — 電話
	氏名	(子どもとの続柄)

さいきっ子医療費の助成を受けたいので、次のとおりさいきっ子医療費受給資格の登録及びさいきっ子医療費受給資格者証の交付を申請します。

なお、高額療養費及び高額介護合算療養費について貴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及び高額介護合算療養費のうち、過払い額に相当する額を貴市へ支払います。

また、家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、その附加給付金に相当する額を貴市へ支払います。

子ども	ふりがな		男・女	生年月日
	氏名			年 月 日
	住所			
医療 保 険	取得年月日	年 月 日		
	保険種別	協・組・船・共・国		
	被保険者証等の記号・番号			
	被保険者名又は世帯主の氏名			
	事業者名		附加給付	有・無
	保険者番号			
備考				

※ 附加給付欄は、記入しないでください。