

## さいきつ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	〒 — (電話番号: — — )
	氏名	(続柄: 子の )

さいきつ子医療費の助成を受けたいので、次のとおりさいきつ子医療費受給資格の登録及びさいきつ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
	住所	(申請者と住所が異なる場合のみ記入)			
医療保険	取得年月日	年 月 日			
	保険種別	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国			
	記号・番号				
	被保険者名又は世帯主氏名				
	事業者名			附加給付	有・無
保険者番号					

※医療保険情報は、コピーを提出した場合は記入を省略できます。

※附加給付欄は、記入しないでください。

【確認方法】 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナポータル資格情報画面 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他					
申請	<input type="checkbox"/> 窓口	交付	<input type="checkbox"/> 窓口	受給者番号	
	<input type="checkbox"/> 電子		<input type="checkbox"/> 郵送	資格取得日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 郵送			申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他