

記入例

・お子様の保険情報がわかるもののコピーと一緒に送ってください。
・消えないボールペンで記入してください。

第2号様式（第5条関係）

受給者番号 (沼津市が記入)

子ども医療費受給者証交付申請書

令和□年○月×日

(宛先) 沼津市長

住所 沼津市御幸町16番1号

窓口にお越しになる方 (この申請書を記入する方) が記入。

申請者 (TEL 055-934-4827)

氏名 沼津 太郎

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

記

Table with fields for Recipient (Child), Guardian, and Insurance Information. Includes handwritten entries like 'ぬまづ はなこ 沼津 花子' and '沼津 太郎'.

沼津市の国民健康保険に加入されている方は記入。

410-8601 沼津市御幸町16番1号

子どもの健康保険の被保険者を記入。被保険者が子どもと同一世帯にいない場合は、子どもと同一世帯で子どもを養育している方を記入。(子ども単独世帯の場合は子ども本人となります。)

055-934-4868 父

協会・組合・共済・船員・国保

(注1) 太枠の中を記入してください。

(注2) この申請書には医療保険各法の被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写しを添付してください。ただし、公簿等によって確認することができる場合、当該書類を提出したものとみなします。

私は沼津市が上記受給者の子ども医療費助成に係る受給資格の確認及び助成金支給事務のために要する個人情報を、公簿等により調査することに同意します。

また、保険者への高額療養費の請求及び受領に関する一切の権限については、沼津市に委任します。

(被保険者)

住所 沼津市御幸町16番1号

※省略不可 子どもの加入保険の被保険者をご記入ください。

氏名 沼津 太郎

(※署名又は記名押印)