

記入例

双葉町子ども医療費受給資格登録申請書 ・ 内容変更届出書

助成金の判定等のため、私の属する世帯の構成員に関する所得・課税状況を調査することに同意します。

年 月 日

双葉町長様

住所 双葉町大字

氏名 必ず押印→ ㊞

電話番号 日中連絡のとれる番号(家族も可)

送付先 〒 受給資格証の送付先

- 登録申請【出生・転入】 ←あてはまるものに○  
 内容変更届出【加入保険・受給資格者・振込口座・住所・氏名】 ✓

受給者 (保護者)	フリガナ	対象の子どもの保護者(扶養者)	個人番号 (マイナンバー)	□□□□□□□□□□□□			
	氏名	<small>・扶養者が父でも父の住所が双葉町になく母と子のみ双葉町の場合は、受給者は母・婚姻や就労等により保護者の監護を要しない場合は、受給者は子ども</small>	受給者番号	記入不要			
	住所	双葉町大字					
子ども	フリガナ	対象となる子ども		個人番号 (マイナンバー)	わからない場合は、役場で確認しますので記入せずに提出してください。		
	氏名			受給者との続柄	子	性別	男
	生年月日	年	月	日	転入日	転入の場合のみ記入	
	住所	双葉町大字 「受給者に同じ」も可					
加入保険	記号・番号	保険証に記載の記号・番号	被保険者氏名	子どもの保護者等保険証に記載の氏名			
	資格取得日	保険証に記載の子どもの認定日	保険者番号	保険証に記載の保険者番号			
	保険者名	全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健康保険組合 等					
振込口座	金融機関名	償還払いとなった場合の振込先金融機関	支店名	〇〇支店			
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	種別	普通 ・ 当座			
	フリガナ						
	口座名義人	受給者の口座(受給者が父、口座名義人が母などは可)					

附加給付に関する証明

当事業所(保険者)においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。  
 (保険者が全国健康保険協会である場合は、証明は要しないので子どもの保険証の写しを添付してください。)

給付内容 ※附加給付がない場合は、「附加給付なし」と証明(記入)をお願いします。  
 ※事業所またはご加入の保険組合等から、附加給付の有無の証明を記入してもらってください。  
 ・ 附加給付がある場合、給付内容を記入。(例:本人・家族の自己負担額から20,000円控除した額を支給)  
 ・ 附加給付がない場合、「附加給付なし」と記入。証明印だけで記入のないものは無効。  
 ・ 加入保険が全国健康保険協会の方は、子どもの保険証の写しの添付のみで、証明は不要。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者と町からの二重に医療費の助成が行われずと、  
 返金等の不利益を被る恐れがあります。  
 保険者の給付内容を確認するため証明が必要です。

事業所名  
(保険者)

事業所または保険者の証明印のないものは無効です。押印されていることを必ず確認してください。 ㊞