こども医療費（高校生等入院医療費助成）受給者証交付申請書

※太枠内をご記入ください。

			続 柄	住 所
受 給 者（子ども等）	フリガナ		本 人	三田市
	氏 名			
	生年月日	平成　　年　　月　　日		
保 護 者 1（父母等）	フリガナ		続 柄	住 所
	氏 名		父・母（　　）	同居・別居→
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日		
保 護 者 2（父母等）	フリガナ		続 柄	住 所
	氏 名		父・母（　　）	同居・別居→
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日		

入院予定病院　□県内　※県外の病院では受給者証が使用できませんので支払後に還付申請が必要です。

入院期間（予定）

～

＜注意事項＞

□受給者証は、健康保険証と限度額適用認定証（加入保険で発行可）とともに病院に提示してください。
□食事代その他、保険適用外の費用には適用できません。
□通院医療費には適用できません。
□有効期間終了後も引き続き受給者証が必要な場合は再度申請が必要です。
□重度障害者医療費受給者証、母子等医療受給者証とは併用できません。
※この申請で交付されるこども医療費受給者証をご使用ください。

三田市長あて

福祉医療費の助成事務に関して、住民基本台帳・市税等に関する課税資料、その他の賦課徴収資料の調査を承諾します。当事業により既に公費負担した額のうち、世帯主等が給付を受けるべき保険給付(高額療養費等)が発生した場合は、その受領を公費負担者である当市に委任し、世帯内での紛争が生じた場合は私の責任において解決します。以上のことに対応するため、加入保険から被保険者情報及び給付情報等の提供を得ること、また申請内容について加入保険に提供することに同意します。

申請日　　年　　月　　日

申請者（保護者1）　　※手書きしない場合は記名押印してください。

連 絡 先　　（　　）

（市処理欄）

申 請 事 由		転 入
		生 保 廃 止
		制 度 改 正
		こども医療切替
		そ の 他（　　）

① 住　民　日	令和　　年　　月　　日
② 健康保険加入日	平・令　　年　　月　　日　□同上

※入院開始日の当月1日から資格認定　　□別紙のとおり

証 有 効 期 間 1	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	交 付 日 1	令和　年　月　日
証 有 効 期 間 2	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	交 付 日 2	令和　年　月　日

案 内	□制度案内【 窓口 ・ 郵送 】
	□限度額証申請案内（国保のみ同時申請受付）

添 付	□保険証（三田市国保・社保）
	□限度額証申請（未・済）

受 付		入 力		確 認	