**乳幼児医療費受給資格証交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出年月日　　　　　　年　　　月　　　日  高原町長　殿  住　所　高原町大字  申請者（保護者）　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  電　話　　　　－  次のとおり乳幼児医療費受給資格証の交付を申請します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 乳幼児 | フリガナ |  | | | | | 性別 | | | 生　年　月　日 | | | 続　柄 |
| 氏　名 |  | | | | | 男・女 | | | 年　　月　　日 | | |  |
| 住　所 | 高原町大字 | | | | | | | | | | | |
| 乳幼児加入医療保険 | 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 記号番号 | |  | | | | | 附加給付 | | | 有　　・　　無 | | |
| 保険者名 | |  | | | | | 保険者番号 | | |  | | |
| 認定年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 振込先口座 | | 銀行・金庫  農協・組合 | | |  | | | | | | 本店・支店  本所・支所・出張所 | | |
| 口座番号 | |  | | 普・当 | | | フリガナ | | |  | |
| 口座名義 | | |  | |
| 申請条件  １　高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を高原町長に委任します。  ２　家族療養費附加給付を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を町へ返還します。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※処理欄 | 受給者番号 |  | 備　考 |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 |

注）※を付した欄は、記入しないでください。