**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。