

①～⑤まで、枠内に丁寧な字で書いてください。裏面もあります。

元気っ子医療費受給者証交付申請書

碧南市長 様

①

記入日 年 月 日

申請者 住 所 印字済みです

②

氏 名 同世帯の保護者の名前

電 話 電話番号（自宅・携帯どちらでも可）

次のとおり元気っ子医療費受給者証の交付を申請します。

また、私に代わり保険者に対して高額療養費に関する調査、申請手続き及び受領並びに申請にあたり必要となる被保険者及び世帯員の課税証明書の交付申請に関すること並びに、私に保険者から直接高額療養費が支払われた場合は、碧南市に当該金額を返納することに同意します。

受給者番号		何も書かないでください		宛名番号	印字済みです
元 気 っ 子	住所	印字済みです			
	氏名	印字済みです	生年月日	印字済みです	
保 護 者	③ ☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と別（下に記入）				
	住所	☐ 申請者と同じ 申請者と違う人を証に印字したい場合は記入 (同世帯の人に限りです)	元気っ子 からみた 続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 他（ ）	
	氏名		生年月日	年 月 日	
加 入 保 険 情 報	被 保 険 者	住所 ④	☐ 申請者と同じ 被保険者の住所		
		氏名	☐ 申請者と同じ 被保険者の氏名		
	保険証記号番号		(記号) 保険証の記号 (ない場合は空欄) - (番号) 保険証の番号 (枝番は不要)		
	保 険 者	番号 右詰め	保険者コード（数字8桁）		
		名称	加入している保険組合名を記入 国保・健保・協会・共済・組合・船員		

マイナンバーを用いて保険情報を確認させていただくことがあります。

対象のお子様の保険証をコピーして添付してください。

⑤

対象者（子）の健康保険証のコピーを
のりやテープで貼りつけてください。

裏面は必要ありません。