

子ども医療費受給資格登録申請書

登別市長様

年 月 日

保護者	住所	登別市 町 丁目 番地	電話	() -
	氏名	Ⓜ	続柄	

次のとおり子ども医療費受給資格の登録を受けたいので申請します。

なお、受給に係る資格の認定に必要な私及び私の世帯員の所得及び住民税の課税状況について、公簿による確認を承諾します。

受給者番号	第 号						
対象者	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	氏名	生年月日	年 月 日 (歳)				
	住所	登別市 町 丁目 番地					
	主たる生計維持者の氏名	<input type="checkbox"/> 保護者に同じ <input type="checkbox"/>	対象者との続柄	扶養人数 人			
受給資格要件の状況	医療保険	種別	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 日雇 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 高確法				
		保険者	名称	番号			
		被保険者証	記号	番号			
		被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 保護者に同じ <input type="checkbox"/>				
		資格取得年月日	年 月 日				
	所得金額	円	控除額	円	審査対象所得額 円		
	申請理由	<input type="checkbox"/> 出生のため <input type="checkbox"/> 他市区町村から転入したため <input type="checkbox"/> 所得金額が制限額未満となったため <input type="checkbox"/>		添付書類	<input type="checkbox"/> 医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の所得の状況に関する書類 (<input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 住民税特徴通知書 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/>)		
資格審査	確認事項	該当	非該当	確認状況	決裁	起案日(公簿等確認日)	
		住基台帳等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 住基台帳 <input type="checkbox"/> 外国人原簿 <input type="checkbox"/>	年 月 日
		医療保険	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 保険担当 <input type="checkbox"/>	受給資格を <input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 登録しないこととし、受給者証を <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 交付しないこととしてよろしいか伺います。	
	所得金額	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/>	総括主幹	主査	担当員 (公簿等確認者)
	<input type="checkbox"/> 0人	<input type="checkbox"/> 1人	<input type="checkbox"/> 2人	<input type="checkbox"/> 3人			
	6,220千円	6,600千円	6,980千円	7,360千円			
審査結果	<input type="checkbox"/> 該当	自己負担	<input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 課		事業種別	<input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 単独	
		対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 非該当	理由	<input type="checkbox"/> 所得制限額超過 <input type="checkbox"/>		入力	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
	非該当通知	年 月 日付通知					

登別市子ども医療費助成事業に係る高額療養費等及び 災害共済給付金の受領等並びに未熟児養育医療に関する 同意書

年 月 日

登別市長 様

(被保険者又は組合員) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(受 給 者) 住 所 _____

氏 名 _____

登別市子ども医療費助成事業の助成を受けるに当たって、次の事項に同意します。

- 1 私が加入する医療保険の保険者より、私に支払われる高額療養費等のうち、登別市子ども医療費助成事業の助成を受けた医療に係る高額療養費等の受領を登別市に委任すること。
また、登別市がこの高額療養費等の請求に必要となる私と家族の医療の給付等に関する情報を私が加入する医療保険の保険者に照会し、提供を受けること。
- 2 私が加入する医療保険の保険者より、登別市子ども医療費助成事業の助成を受けた医療に係る高額療養費等が、私に支払われた場合には、登別市子ども医療費助成事業の助成額に応じた高額療養費等を登別市に返還すること。
- 3 学校等の管理下で負傷し医療機関等で受診した場合、原則、登別市子ども医療費受給者証は使用できないが、何らかの事情により受給者証を使用した場合、独立行政法人日本スポーツ振興センターから支給される災害共済給付金については、登別市子ども医療費助成事業の助成額に応じた災害共済給付金の受領を登別市に委任すること。
また、登別市がこの災害共済給付金の受領に必要となる私と家族の医療の給付等に関する情報を独立行政法人日本スポーツ振興センター等に照会し、提供を受けること。
- 4 独立行政法人日本スポーツ振興センターより、登別市子ども医療費助成事業の助成を受けた医療に係る災害共済給付金が私に支払われた場合には、登別市子ども医療費助成事業の助成額に応じた災害共済給付金を登別市に返還すること。
- 5 高額療養費等及び災害共済給付金を登別市に返還しない場合又は高額療養費等及び災害共済給付金の申請に同意しない場合は、保険医療機関等に支払うことによる助成の方法に変えて、受給資格者又は保護者へ直接支払うことによる助成の方法に変更される場合があること。
- 6 未熟児養育医療にかかる資格・給付等に関し、医療機関へ照会し提供を受けること。また、未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限を登別市に委任すること。

※ 高額療養費等とは、高額療養費、付加給付金及び高額介護合算療養費をいう。

別記様式第1号の2(第3条関係)

各医療費受給資格登録世帯調書

受給者の属する世帯構成	世帯構成員名	個人番号	生計維持者	続柄	性別	生年月日	備考
					男・女	S H R 年 月 日	
					男・女	S H R 年 月 日	
					男・女	S H R 年 月 日	
					男・女	S H R 年 月 日	
					男・女	S H R 年 月 日	
					男・女	S H R 年 月 日	
					男・女	S H R 年 月 日	

- (注意) 1 「世帯構成員名」欄は、本人を含めて全世帯構成員を記載してください。
 2 世帯の中で生計を維持している方(主たる収入者等)には、該当欄に「○」を付してください。