

子ども医療費受給資格証およびひとり親家庭医療費受給者証の再交付

郵送先：〒790-8571 松山市二番町4丁目7-2 松山市役所 子育て支援課 医療助成担当

ひとり親家庭医療 ・ 重度心身障害者医療 ・ 子ども医療 申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松山市長

受給資格の取得、喪失、変更及び更新並びに高額療養費・高額介護合算療養費の申請に当たり、住民基本台帳、世帯員等の個人住民税の課税状況及び健康保険の加入状況について、松山市及び保険者の担当職員が確認することに同意いたします。

愛媛県内所在の保険医療機関等に対し、松山市ひとり親家庭医療費、重度心身障害者医療費、子ども医療費の助成に関する条例に基づく助成金の請求及び受領の権限を委任します。

また、上記の委任により松山市が医療機関等に立替払をした一部負担金において高額療養費及び高額介護合算療養費に該当した場合、その高額療養費は、松山市が医療機関等に立替払をした一部負担金の返還金として充当していただきますよう、その受領を委任します。

申請者

※「受給資格者」しか申請できません。

(住所)

(氏名)

(電話) 自宅・携帯
勤務先

(来庁者氏名) 記入不要

(申請者との続柄) 記入不要

<input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <small>※申請する資格にチェック</small>	取得 ・ 喪失 ・ 再交付		
	事由発生年月日	H・R 年 月 日	事由
		<small>※記入不要</small>	
<input type="checkbox"/> 子ども医療 <small>※申請する資格にチェック</small>	取得 ・ 喪失 ・ 再交付		
	事由発生年月日	H・R 年 月 日	事由
		<small>※記入不要</small>	

		変更前	変更後
受給者	受給者番号		
	個人番号		
	フリガナ		
	氏名	続柄	
	生年月日	性別	年 月 日
	住民日	Key	
家庭主 保護者 受給資格者	個人番号		
	フリガナ		
	氏名	続柄	
	生年月日	Key	年 月 日
健康保険	被保険者氏名		
	記号・番号		
	保険者名		
	保険者番号		
	取得日		
	喪失日		
添付書類		()	

※ 記入

※ 以下は記入不要

証交付	手渡し・郵送	ひ ・ 重 ・ 子
	証回収	ひ ・ 重 ・ 子 ・ 未

照合	入力	受付	受付場所