

第1号様式 (第6条第1項)

(宛先) 東金市長

申請年月日		年	月	日	申請事由		1 出生 2 転入 3 その他	
（保 申 請 護 者 ） 者	住 所							
	1月1日時点 の 住 所	（上記と異なる場合に記入してください。）						
	個 人 番 号						生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ						電 話 番 号	
	氏 名						子どもとの続柄	
	配 偶 者	有 ・ 無						
（保 配 偶 護 者 等 ） 者	住 所	1 申請者と同じ 2 その他（ ）						
	1月1日時点 の 住 所	（上記と異なる場合に記入してください。）						
	個 人 番 号						生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ						電 話 番 号	
	氏 名						子どもとの続柄	
今 回 申 請 す る 子 ど も	住 所	1 申請者と同じ 2 その他（ ）						
	個 人 番 号						生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ						学 年 区 分	1 小学校3年生以下 2 小学校4年生以上
	氏 名							
	加入医療保険	1 国保 2 健保組合・協会けんぽ 3 国保組合（建設等） 4 共済組合 5 その他（ ）						
	住 所	1 申請者と同じ 2 その他（ ）						
	個 人 番 号						生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ						学 年 区 分	1 小学校3年生以下 2 小学校4年生以上
	氏 名							
	加入医療保険	1 国保 2 健保組合・協会けんぽ 3 国保組合（建設等） 4 共済組合 5 その他（ ）						
同意欄								
私は、東金市子ども医療費助成事業規則による医療費の助成を受けるに当たり下記の事項について同意します。								
記								
1 高額療養費の取扱いに関する以下のこと。								
(1) 高額療養費について東金市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち過払い相当額を東金市に支払うこと。								
(2) 東金市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、東金市と保険者で負担相当額について相殺すること。								
(3) 家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を東金市へ支払うこと。								
2 助成額の算定及び助成の決定のため必要な市民税所得割課税状況、住民票記載事項等を東金市長が当該職員に確認させること。								
3 助成額の算定に必要な高額療養費その他の付加的な給付の内容について、東金市長が当該職員をして私の加入する保険者に照会させること。								
4 助成対象者が被保護世帯に属すること又は属さないことを東金市長が当該職員に確認させること。								
氏名								
氏名								