

高校生等医療費支給申請書兼資格確認書

年 月 日

赤穂市長 宛

現住所の外、1月1日時点の住所が市外の場合は、わかるようにご記入ください。

申請者住所 赤穂市加里屋81番地 (R△.1.1〇〇市×町□□)
 (保護者) 氏名 赤穂 太郎
 高校生等との続柄 父
 電話 0791 (43) 6820

情報連携を希望する場合で、申請者ともう一人の保護者の1月1日の住所が違う場合や加入保険の被保険者が別にいる場合は、別紙の同意書にご記入ください。

ので、関係書類を添えて高校生等医療費の支給を申請します。
 医療保険情報、保護者の所
 機関へ照会を行うことに同
 情報連携を希望する場合は個人番号をご記入ください。

※所得課税証明書の提出が必要な場合で、提出の省略を希望する者は各同意者欄に本人の自署が必要です。

高校生等	個人番号	〇〇〇〇 □□□□ 〇〇〇〇 □□□□
	氏名	赤穂 二郎 生年月日 平成〇年〇月〇日
保護者 (同意者)	住所	赤穂市加里屋81番地
	個人番号	〇〇〇〇 □□□□ 〇〇〇〇 □□□□
	①氏名	赤穂 太郎 生年月日 平成△年△月△日
	個人番号	〇〇〇〇 □□□□ 〇〇〇〇 □□□□
医療機関等	②氏名	赤穂 花子 生年月日 平成□年□月□日
	名称 所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり 入院期間 令和〇年〇月 から 令和〇年△月 まで (□) 月間
災害共済給付受給の可否	日本スポーツ振興センターの災害共済給付を受けることが <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	第三者行為の有無 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
なお、高校生等医療費は、下記の預貯金口座に振り込んでください。		

学校でのケガなどは共済の給付の対象になる可能性があります。先に学校へご確認ください。

銀行	本店	口座番号	普通当座 △△△△△△△
〇〇 金庫・組合 農業協同組合	〇〇 支店	(フリガナ)	アコウ タロウ
		口座名義	赤穂 太郎

加入医療保険	保険者名	保険者番号	被保険者氏名	被保険者等記号・番号
	××健康保険組合	□□□□□□□□	赤穂 太郎	△△ 〇〇〇〇〇〇〇

○申請に必要なもの

《情報連携希望しない場合》

- ・加入保険情報がわかるもの
- ・所得課税証明書 (転入者など)

《情報連携希望する場合》 ※同意者は自署

- ・同意者全員の本人確認書類
- ・同意者全員の個人番号のわかるもの
- ・地方税関係情報の取得に関する同意書 (申請書に同意者全員が自署した場合は必要ありません。)
- ・高校生等の本人確認書類
- ・高校生等の個人番号のわかるもの

《共通》

- ・窓口に来られる人の本人確認書類
- ・領収書
- ・振込先口座等がわかるもの
- ・加入保険から高額療養費等の支給がある場合は決定通知書

加入医療保険を資格確認書、マイナポータルの画面、健康保険証等を参考に記入してください。	福祉医療制度	資格区分	<input type="checkbox"/> 重度障害者 <input type="checkbox"/> 母子家庭等
		受給者番号	
		資格がある場合は受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
付加給付額等 (b)	一部自己負担額 (c)	支給決定額 (a)-(b)-(c)	
円	円	円	円
認印	係	係長	課長
			支払年月日

※□本人確認 (うち内容によるもの)