

- ・窓口にお越しいただく方の本人確認書類が必要です。
(被保険者でない別世帯の方がお越しになる場合は委任状も必要です。)
- ・お子さんの健康保険証を添えて申請してください。
(郵送の場合、健康保険証及び申請者の本人確認書類の写しを添付してください。)

様式第1号 (第2条の2関係)

乳幼児・子ども医療費受給資格証交付申請書

年 月 日

岡山市長 様

申請者 (保護者)	住所	—	電話 ()	—
	氏名	(子どもとの続柄)		

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて乳幼児医療費受給資格証又は子ども医療費受給資格証の交付申請をします。

なお、受給に当たり公簿により私及び世帯員の所得を確認されることに同意します。

また、高額療養費について岡山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、過払い相当額を岡山市へ支払います。

家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を岡山市へ支払います。

申 請 由	1 乳幼児	①出生 ②転入・入国 ③中学校進学 ④再交付※ ⑤生活保護廃止 ⑥他制度非受給 ⑦その他 ()	
	2 小学生 (3に該当する者を除く。)		
	3 他制度該当の小学生 (入院用) □ひとり親家庭等医療 } 申請・該当者は □心身障害者医療 } いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>		
	4 中学生 (入院用)		
受 給 資 格 者	フリガナ氏名	生年月日	年 月 日
加入医療保 険	被保険者・組合員又は国保世帯主の氏名	受給資格者との続柄	
	保険者番号及び名称	資格取得年月日	年 月 日
	附加給付	有 ・ 無	備 考
	※破損による再交付の場合は、破損した受給資格証を返却してください。		

市記入欄	来庁者 確認書類	申請者・申請者以外 () 免許証・保険証・その他 ()
	(代理権)	委任状・資格証・その他 ()