

様式第1号（第4条関係）

山中湖村すこやか子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

年 月 日

山中湖村長 殿

次のとおりすこやか子ども医療費助成金受給資格者証の交付を申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ													子どもとの続柄			
	氏 名	⑨															
	個人番号																
	住 所	山中湖村										生年月日		年 月 日			
	電話番号	()															
子ども	フリガナ													男 ・ 女			
	氏 名													生年月日		年 月 日	
	個人番号													加入保険 取得日		年 月 日	
	フリガナ													男 ・ 女			
	氏 名													生年月日		年 月 日	
	個人番号													加入保険 取得日		年 月 日	
	フリガナ													男 ・ 女			
	氏 名													生年月日		年 月 日	
	個人番号													加入保険 取得日		年 月 日	
申請事由	出生 ・ 転入 ・ 他の受給資格より変更 その他 ()												事由発生 年月日		年 月 日		
加入保険	保険区分	・国保 (裏面をお読みにになり、ご署名ください) ・社保 : 協会 ・ 組合 ・ 共済 ・ 他															
	記号番号											保険者番号					
	被保険者名																

※お子さんの加入している健康保険情報が確認できるものを提示（マイナ保険証等）

※山中湖村国民健康保険加入者のみ記入してください。

委 任 状 兼 同 意 書

私は、山中湖村すこやか子ども医療費助成金の受給にあたり、裏面記載事項について、委任及び同意します。

山中湖村長 殿

年 月 日

委 任 者 住 所 山中湖村

(世帯主) 氏 名 ⑨

委任及び同意事項について

1. 山中湖村すこやか子ども医療費助成対象期間において、高額医療費に該当した場合、支払者である山中湖村長に対し、次の事項を委任する。

①委任者の世帯に係る国民健康保険高額医療費の申請に関すること。

(ただし、山中湖村すこやか子ども医療費助成金の受給対象者の医療費が、高額医療費の支給対象となった場合に限る。)

②山中湖村すこやか子ども医療費助成金の受給対象者に係る、国民健康保険高額医療費の受領に関すること。

2. 山中湖村すこやか子ども医療費助成金担当者と国民健康保険担当者が、医療費助成金の算定に必要な受給資格及び医療費に関する情報を交換することに同意する。

※委任・同意をされない場合は、山梨県以外の医療機関で受診した場合や医療証を提示せずに受診した場合などの理由で医療機関に支払った医療費（入院時の食事療養費を除く、保険診療の自己負担）についての手続きと同時に、「償還払い」の扱いとなります。高額医療費の支給を受けた後、国民健康保険からの「支給決定通知書（原本）」を用意し、医療費の「償還払い」申請をして下さい。