

申請書記入案内

※消せるボールペンは使わないようお願いします。

①申請者の住所・電話番号・氏名をご記入ください。※申請者が世帯主でない場合は世帯主氏名のご記入もお願いします。

西宮市医療費助成条例の規定に基づき、受給資格の認定及び受給資格終了までの更新を申請します。認定及び更新に必要な医療費助成に関わる者の世帯構成、市県民税の課税状況及び健康保険の加入状況について調査することに同意します。また、以後の各年度についても同意します。当事業において、公費で現物または受領委任払いにより給付された公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費、高額介護合算及び療養費(差額)に該当する部分がある場合は、その申請及び受領等を公費負担者である当市に委任します。また、高額療養費等で負担した額のうち、当事業において公費負担すべき部分がある場合は、その申請及び受領等を西宮市国民健康保険に委任します。上記のことなどに対応するため、西宮市国民健康保険担当課から国民健康保険に係る被保険者情報及び給付情報等を得ること、また当申請書を西宮市国民健康保険担当課へ提供することに同意します。

申請者住所 西宮市 電話 () -

申請者氏名 ① 受給者との続柄 () 父・母・被保険者以外の方が代理で手続する場合は、ご記入ください。

申請者と同じ場合、記入不要) 世帯主氏名 受給者との続柄 () 住所 受給者との続柄 () 氏名 ()

申請日 年 月 日

②お子様の氏名・フリガナ・生年月日をご記入ください。住所が申請者と同じ場合は☑を、異なる場合は住所をご記入ください。

③お子様の父母の氏名・フリガナ・生年月日をご記入ください。※ひとり親家庭の場合は、どちらかの方だけをご記入ください。

受給者(お子様) 氏名 ② 住所 □申請者と同じ(異なる場合は、ご記入ください)

受給者の父 フリガナ 氏名 ③ 住所 □受給者と同じ(異なる場合は、ご記入ください)

母 フリガナ 氏名 ④ 住所 □受給者と同じ(異なる場合は、ご記入ください)

被保険者(扶養義務者) 氏名 ④ 住所 □受給者と同じ(異なる場合は、ご記入ください)

⑤父母、被保険者の住所がお子様と同じ場合は☑を、異なる場合は住所をご記入ください。 ※国外在住の場合は、国名のみ

※扶養義務者(父母等)の合計が所得基準額を超えないこと。負担区分が「特定」にないことを要します。

7 氏名 受付時 確認事項

④お子様の健康保険の被保険者氏名・フリガナ・生年月日をご記入ください。※被保険者が父母以外の場合、その方の課税証明書も必要となる場合があります。

健康保険被保険者証

記号 ○○○○○○ 番号 ○○○

氏名 ○○

生年月日 ○○ ⑥ }○○日

認定年月日 ○○ }○○日

被保険者氏名 ○○ ○○○

保険者番号 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

保険者名称 ○○○○○○

住民年月日 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

低所得認定 年 月 日 ~ 年 月 日

受給者証有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

氏名	受付時	確認事項
【父・母・被保険者】	確認	<input type="checkbox"/>
【課税状況確認】	所得制限なし	<input type="checkbox"/>
【父/母/被】	()年	高校生) <input type="checkbox"/>
【父/母/被】	()年	証明書 携 <input type="checkbox"/>
【父/母/被】	()年	除 <input type="checkbox"/>
【父/母/被】	()年	籍の附票 <input type="checkbox"/>
【父/母/被】	()年	蔽あり <input type="checkbox"/>
※上	()年	の申請書に添付 <input type="checkbox"/>
	()年	月 日

⑥お子様の健康保険証のコピーを貼り付けてください。枠内に収まらない場合は同封してください。

⑦所得基準額を超えて見込まれるため、課税証明書を提出されない場合は、署名してください(負担区分が「特定」になります)。