

様式第1号(第2条関係)

さいきっ子医療費受給資格登録等申請書

平成 年 月 日

佐伯市長 様

さいきっ子医療費の助成を受けたいので、次のとおり、さいきっ子医療費受給資格の登録及びさいきっ子医療費受給資格者証の交付を申請します。

申請者 (保護者)	住所	郵便番号 - 佐伯市	電話
	フリガナ 氏名	(子どもとの続柄)	

子ども	フリガナ		男・女	生年月日
	氏名			H 年 月 日
	住所	佐伯市		
医療保険	取得年月日	平成 年 月 日		
	保険種別	協・組・船・共・国		
	被保険者証等の記号・番号	.		
	被保険者名又は世帯主の氏名			
	保険者名			
	保険者番号			
備考				

なお、高額療養費について貴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、過払い額に相当する額を貴市へ支払います。

また、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、その附加給付金に相当する額を貴市へ支払います。

様式第4号(第5条関係)

さいきっ子医療費受給資格者証再交付申請書

平成 年 月 日

佐伯市長 様

次のとおり、さいきっ子医療費受給資格者証の再交付を申請します。

申請者 (保護者)	住所	郵便番号 - 佐伯市	電話
	フリガナ 氏名	(子どもとの続柄)	

受給者番号							
子ども	フリガナ			男・女	生年月日		
	氏名				H 年 月 日		
	住所	佐伯市					
医療 保 険	取得年月日	平成 年 月 日					
	保険種別	協・組・船・共・国					
	被保険者証等の記号・番号	.					
	被保険者名又は世帯主の氏名						
	保険者名・保険者番号						
再交付の理由	該当する番号に をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 ()						
備考							

様式第5号(第6条関係)

さいきっ子医療費助成金交付申請書

平成 年 月 日

佐伯市長 様

次のとおり、さいきっ子医療費の助成金の交付を申請します。

申請者 (保護者)	住所	郵便番号 佐伯市	電話
	フリガナ 氏名	(子どもとの続柄)	

受給者番号							
子ども	フリガナ		男・女	生年月日			
	氏名			H 年 月 日			
	住所	佐伯市					
保険証	被保険者名又は世帯主の氏名						
	保険者名・保険者番号						

口座 振替 先	前回と同じ				
	金融機関				店
	預金種別	普通・定期	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

次の「保険診療額領収証明」は、受診等をした保険医療機関等に記載してもらってください。なお、この証明は、当該保険医療機関等が発行した領収書の写しの添付に代えることができます。

保 険 診 療 額 領 収 証 明				
診療月	平成 年 月 分 (日から 日まで 日間)	区	入院・入院外	
保険診療総点数	点	分	歯科・調剤・その他	
他方公費負担点数	点			
保険診療一部負担金	円			
指定訪問看護の基本利用料	円 (日)			
平成 年 月 日				
(保険医療機関等) 所在地				
名称				
代表者				
印				

支給決定額	円
-------	---

様式第6号(第8条関係)

さいきっ子医療費受給資格登録事項変更届

平成 年 月 日

佐伯市長 様

次のとおり、さいきっ子医療費の受給資格に変更が生じたので、お届けします。
あわせて、さいきっ子医療費受給資格者証の変更交付を申請します。

申請者 (保護者)	住所	郵便番号 - 佐伯市	電話
	フリガナ 氏名	(子どもとの続柄)	
子ども	受給者番号		
	フリガナ		
	氏名		

		変更前	変更後
氏名			
住所			
医療 保 険	保険種別	協・組・船・共・国	協・組・船・共・国
	被保険者証等の 記号・番号	.	.
	被保険者名又は 世帯主の氏名		
	保険者名		
	保険者番号		
変更年月日		平成 年 月 日から	
備考			

様式第7号(第9条関係)

さいきっ子医療費受給資格者証返納届

平成 年 月 日

佐伯市長 様

次のとおり、さいきっ子医療費受給資格者証を返納します。

申請者 (保護者)	住所	郵便番号 - 佐伯市	電話
	フリガナ 氏名	(子どもとの続柄)	

受給者番号							
子ども	フリガナ				男・女	生年月日	
	氏名					年 月 日	
	変更後の住所						
返納の理由	該当する番号に をしてください。 1 助成期間終了 2 転出(転入日 年 月 日) 3 死亡 4 その他()						
備考							