

# 記入例

※受給者証と健康保険証を見ながら、太枠と同意書欄を記入してください。

受給者番号をご記入ください。

こども医療費助成制度

受給者証の右上にある9ケタの番号

母子・父子家庭等医療費助成制度

受給者証の上にある8ケタの番号

## 健康保険

家族(被扶養者)

### 被保険者証

平成28年1月1日交付

記号 28 番号 5432

氏名

鹿児島 桜子

生年月日

平成 25年 8月 1日

性別 女

認定年月日

平成 27年 12月 1日

被保険者氏名

鹿児島 太郎

保険者番号

保険者名称

〇〇〇〇 健康保険組合

保険者所在地

鹿児島市山下町〇番〇号

医療費助成制度・ 受給者番号	こども医療費助成制度 受給者番号 (受給者証の右上にある9ケタの番号)								
	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
受診者	母子・父子家庭等医療費助成制度 受給者番号 (受給者証の上にある8ケタの番号)								
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
加入保険	氏名 <u>鹿児島 桜子</u>								
	S <u>Ⓜ</u> ・R 25年 8月 1日生 診療月 R 3年 1月								
	保険者名 <u>〇〇〇〇</u> <u>健保組合</u> 国保組合・共済組合 _____ 支部 記号 <u>28</u> 番号 <u>5432</u> 被保険者名 <u>鹿児島 太郎</u> 資格取得日 S <u>Ⓜ</u> R 27年12月 1日								

## 同意書

こども医療費、母子・父子家庭等医療費助成金の支給を受けるために必要な情報を、医療保険者を通じて鹿児島市に送付することに同意します。

鹿児島市長 宛 令和 3年 1月 15日

氏名 鹿児島 太郎

鹿児島印

※同意書の氏名は被保険者氏名をご記入ください。

※記名押印にかえて、署名することができます。

保険証に記載されている「被保険者氏名」を確認し、同じ名前を記入してください。