

子ども医療費助成金受給資格等変更届

申請日 令和 年 月 日

富士河口湖町長 様

申請者 住 所 富士河口湖町

(保護者) 氏 名 _____

電話 (—)

子 ども 氏 名			生 年 月 日		受 給 者 番 号	
			年 月 日			
変 更 年 月 日			令和 年 月 日			
変 更 事 項			変 更 前		変 更 後	
子 ど も ・ 保 護 者	氏 名					
	住 所		富士河口湖町		富士河口湖町	
加 入 医 療 保 険	名 称		健康保険組合 共済組合 健康保険協会		健康保険組合 共済組合 健康保険協会	
	種 別		国保・社保(協・組・共・他)		国保・社保(協・組・共・他)	
	記号番号					
	保険者番号					
指 定 口 座	金融機関名		支店名	口座種類	口座番号	ふりがな 口座名義人
	銀行 金庫 信組 農協			普通・当座		
変 更 理 由			保険変更・住所変更・氏名変更・保護者変更・その他()			
そ の 他 の 事 項						

※変更届には受給資格証を添付すること。

※富士河口湖町国民健康保険(国保)に変更の方は裏面も記入すること。

委任状兼同意書

私は、子ども医療費助成金受給期間において高額療養費に該当した場合、支払者である富士河口湖町長に対し、次の事項を委任します。

また、子ども医療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します。

- ① 私の世帯に係る国民健康保険高額療養費の申請に関すること。
(子ども医療費助成金の受給対象者の医療費が高額の支給対象となった場合に限る。)
- ② 富士河口湖町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療養費の受領に関すること。

令和 年 月 日

富士河口湖町長 様

委任者 住 所 富士河口湖町 _____

(世帯主) 氏 名 _____ (印)

委任者 住 所 富士河口湖町 _____

(申請者) 氏 名 _____ (印)

※申請者と世帯主が同一人の場合は、世帯主欄へ記入してください。

※上記の委任・同意をされない場合は、従来どおり一旦医療機関の窓口で医療費の自己負担分をお支払いいただき、翌月以降町へ請求していただきたく「償還払い」の扱いとなります。