

未熟児養育医療の自己負担金の算定及び支払いについての同意書

(あて先) 川口市長

私は、川口市未熟児養育医療給付申請を行うにあたり、川口市に納付すべき未熟児養育医療費の自己負担金について、健康増進課が当該未熟児養育医療に対する子ども医療費、重度心身障害者医療費の支給を代理受領することで、自己負担金に充て納付することに同意します。

ただし、加入している健康保険の保険者から付加給付が支給される場合については、健康増進課に未熟児養育医療の費用を納付し、その後に子ども医療費・重度心身障害者医療費の支給申請を行うことに同意します。

また、未熟児養育医療の自己負担金の決定にあたり、付加給付等の内容について確認が必要な場合は、保険者に問い合わせることに同意します。

年 月 日

子ども医療費受給資格者署名

(重度心身障害者医療費受給者の場合は保護者署名)

健康保険被保険者署名

未熟児養育医療受給者氏名	
受給者生年月日	年 月 日
承認を受けた福祉医療費の種類 (該当するものに○をつけてください)	子ども医療 ・ 重度心身障害者医療
受給資格証の受給者番号	
加入の保険組合の名称・保険者番号	
保険証の記号番号	
健康保険被保険者氏名	
被保険者生年月日	年 月 日
被保険者住所	〒
申請者氏名 (乳児の保護者)	
電話番号 (日中の連絡が可能な番号)	