

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 所沢市長

住 所 所沢市

フリガナ

申請者

(保護者)

氏 名

電 話

次のとおり、子ども医療費受給資格の登録を申請します。申請者は、市長が資格認定及び医療費助成の決定のため、今後必要な範囲で住民基本台帳、保険資格及び保険給付等の情報を収集及び確認するとともに、その目的のため個人番号を利用することに同意します。なお、子ども医療費交付申請書により助成決定された助成金は、この申請書に記載された口座に振り込むよう依頼します。

児 童	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		平成 令和 年 月 日	
	申請者との 続き柄	個人 番号			
児 童	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		平成 令和 年 月 日	
	申請者との 続き柄	個人 番号			
児 童	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		平成 令和 年 月 日	
	申請者との 続き柄	個人 番号			

振 込 先 金 融 機 関	<input type="checkbox"/> 次のとおり		<input type="checkbox"/> 別添写しのとおり			
	区 分	金融機関コード				
	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協				
	本支店名	本店・支店・出張所				
	口座番号					
加 入 医 療 保 険	<input type="checkbox"/> 次のとおり		<input type="checkbox"/> 別添写しのとおり			
	記 号 番 号	記 号	番 号			
	被保険者氏名					
	資格取得年月日	平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日		
	保険者番号					
申 請 事 由	保 険 者 名 称	全国健康保険協会.....支部・国保 健康保険組合・共済組合・国保組合				
	適用区分	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	付加給付	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
収 受	1 出 生 2 転 入 3 保険加入 4 生保廃止 5 施設退所 6 重度廃止 7 その他 ()					
	認 定 日	令和 年 月 日				
	決 定 日	令和 年 月 日				
	受給者証交付	即日・郵送・否 ()				
受 付	交 付 日	令和 年 月 日				
	入 力					
	確 認					
		受 給 者 証 番 号				