

1. こども医療費受給資格登録申請書について

申請書の記入方法

受給資格登録申請書の記入は、対象となるこどもの保険証と保護者名義（生計主宰者）の口座番号のわかるもの（通帳または、キャッシュカード）をご用意いただき、下記要領に沿って記入してください。

- ①提出日（郵送による手続きの場合は、ポストに投函する日）
- ②申請者の住所、名前、電話番号
- ③保護者の名前、性別、生年月日、住所、続柄
- ④こどもの名前、性別、生年月日
- ⑤加入保険の内容（健康保険証から転記します。）※1
- ⑥振込を希望する口座（こども名義や生計主宰者以外の口座は、登録できません）
- ⑦加入保険の資格取得年月日及び被保険者名、続柄

※1 「健康保険証からの転記」について

◆保険証サンプル

埼玉健康保険組合 平成19年12月22日 交付
被保険者証 家族(被扶養者)
記号 Fさ 2675 番号 43876
氏名 富士見 花子
生年月日 平成19年12月11日 性別 女
資格取得年月日 平成19年12月11日
被保険者氏名 富士見 太郎 電話番号 049-252-7104※2
保険者番号 110353 保険者名称 埼玉健康保険組合
発行機関所在地 さいたま市浦和区高砂 3-15-1

朱書部分が申請書に転記する項目となります。お手元の保険証をよく確認し、間違いのないよう記入してください。

※2 電話番号の記載がない場合は、申請書への記入は必要ありません。

2. 手続きに必要なもの（持ってくるもの）

- ①こども医療費受給資格登録申請書（市役所及び各出張所にもご用意しております）
- ②こどもの健康保険証
- ③保護者名義（生計主宰者）の預金通帳など口座番号のわかるもの

郵送によるお手続き

郵送によるお手続きは、「受給資格登録申請書」「こどもの健康保険証のコピー」「保護者名義の預金通帳などのコピー」を同封の上、下記あて先まで郵送してください。後日、郵送にて受給資格証をお送りします。

（あて先）〒354-8511 富士見市大字鶴馬 1800-1

富士見市役所 子育て支援課 手当医療係

3. 登録内容に変更が生じた場合

住所、加入している健康保険及び振込口座等に変更が生じた場合は、市役所子育て支援課、または市内各出張所で内容変更の手続きを行ってください。

なお、転出や生活保護の適用を受けることになった場合は、資格喪失の届出が必要です。

記入例

様式第1号（第3条関係）

受給資格証発行 済 ・ 未

受給者番号

こども医療費受給資格登録申請書

平成 21 年 12 月 25 日

(あて先) 富士見市長

住 所 富士見市大字鶴馬1800-1

申請者 氏 名 富士見 太郎

電 話 049 - 251 - 2711

保 護 者	ふりがな	ふじみ たろう	性 別	生 年 月 日		
	氏 名	富士見 太郎	男・女	昭和 平成	48年1月31日	
	住 所	富士見市 大字鶴馬1800-1		続柄	父	
こ ど も	ふりがな	ふじみ はなこ	性 別	生 年 月 日		
	氏 名	富士見 花子	男・女	平成 19年12月11日		
加 入 保 険	記号番号	記号 Fさ2675	番号 43876	所在地		
	保険者名称	埼玉健康保険組合		さいたま市浦和区高砂3-15-1		
	保険者コード	110353		附加給付		
	電 話	049-252-7104				
口 座 振 込	ふじみ	銀行	支店	① 普通 2 当 座		
		信金	鶴馬	口座番号 1 2 3 4 5 6 7		
	農協	出張所	ふりがな 富士見 たろう			
	(店番)	1 2 3	名義人 富士見 太郎			
住民登録年月日	平成 年 月 日			備 考		
資格喪失年月日	平成 年 月 日			加入保険の 昭和 資格取得日 平成 19年12月11日		
資 格 番 号				被保険者名 富士見 太郎 (父)		