

こども医療費受給資格登録申請書

(宛先) 富士見市長

次のとおり、私（支給対象者）は受給資格登録を申請します。なお、こども医療費の登録及び支給にあたり、必要となる情報を公簿等により確認することに同意します。また、国民健康保険から償還される高額療養費等の申請、受領、返還について富士見市長に委任します。

受給者番号	
受給者番号	
受給者番号	

提出年月日

支給対象者等	ふりがな				生年月日
	氏名				昭和 年月日 平成
	個人番号				
	住所				
	電話番号				こどもとの続柄
こども	ふりがな				生年月日
	氏名				平成 年月日 令和
	個人番号				
	住所	□支給対象者と同じ			
	加入保険の資格取得日	年月日			
こども	ふりがな				生年月日
	氏名				平成 年月日 令和
	個人番号				
	住所	□支給対象者と同じ			
	加入保険の資格取得日	年月日			
こども	ふりがな				生年月日
	氏名				平成 年月日 令和
	個人番号				
	住所	□支給対象者と同じ			
	加入保険の資格取得日	年月日			
加入保険の こども 医療も 保険	□資格確認書	□資格情報のお知らせ	□マイナポータル	□後日提出	※写しを添付(記入不要)
	記号番号	:		被保険者等 の氏名	こどもとの続柄 ()
	保険者番号				
	保険者名				
	支給対象者 名義の 座	□児童手当と同じ口座 □上の子と同じ口座 □別添写しのとおり(記入不要)			
	銀行 信金 農協		支店 出張所	1 普通 2 当座	
				口座番号	
	(店番)			カナ名義	

□出生（後日資格確認書等の写しを提出） □転入 □保険加入 □その他（愛給資格者変更、

備者：個・免・八・資・在留・（ ）・不・職