

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	
		令和	年 月 日
（支給対象者等） （保護者等）	ふりがな	生 年 月 日	
	氏名	昭和 年 月 日	
	個人番号	平成	
	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	
	個人番号	令和	
	住 所	<input type="checkbox"/> 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	
	個人番号	令和	
	住 所	<input type="checkbox"/> 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	
	個人番号	令和	
	住 所	<input type="checkbox"/> 支給対象者と同じ	
	加入保険の資格取得日	年 月 日	
加入こども医療保険	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> マイナポータル <input type="checkbox"/> 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
	保 険 者 番 号		
	保 険 者 名		
支給対象者名義の振込口座	<input type="checkbox"/> 児童手当と同じ口座 <input type="checkbox"/> 上の子と同じ口座 <input type="checkbox"/> 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（受給資格者変更、）

備考：個・免・パ・資・在留・（ ）・不・職