

# 子ども医療費受給資格登録申請書

受給者番号	
受給者番号	
受給者番号	

令和 年 月 日

(宛先) 富士見市長

住所 富士見市  
 申請者 氏名  
 電話 ( )

次のとおり受給資格の登録を申請します。

保 護 者	ふりがな		生 年 月 日
	氏名		昭和 年 月 日
	個人番号		平成
	住 所	富士見市	子ども 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
	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
	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
	加入保険の資格取得日		年 月 日
こ ど も の 加 入 保 険	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		
保 護 者 名 義 の 振 込 口 座	銀行 信金 農協	支 店 出 張 所	1 普 通      2 当 座
		(店番)	口座番号
			カナ名義

出生（後日保険証の写しを提出） 転入 保険加入 その他（受給資格者変更、）

備考：個・免・パ・保・在留・（ ）・不・職