

同意及び委任について、確認してください。

子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)は医療費の登録及び支給にあたり、とに同意します。また、国民健康保険から医療費の受領、返還について富士見市長に委任します。

提出される日を記入してください。出生等の事由発生日の翌日から15日以内の申請になります。※郵送の場合は、市役所に到着した日が申請日となります。

原則として、主たる生計維持者が支給対象者(保護者等)となります。※自立している方などで保護者に監護されていない方は本人になります。

お子さんの保険証の資格加入日(認定年月日)をご記入ください。

必ず支給対象者(保護者等)と同じ方の名義の口座を記入してください。

受給者番号	
号	
号	

提出年月日
令和 5年 12月 1日

支給対象者(保護者等)	ふりがな	ふじみ たろう	生 年 月 日	
	氏名	富士見 太郎	昭和 2年 2月 23日	
	個人番号	1111 1111 1111	(平成)	
	住 所	富士見市大字鶴馬1800-1		
	電 話 番 号	090-1234-1111	子どもとの続柄 父	
こども	ふりがな	ふじみ あゆみ	生 年 月 日	
	氏名	富士見 あゆみ	(平成) 25年 4月 15日	
	個人番号	2222 2222 2222	令和	
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 支給対象者と同じ		
	加入保険の資格取得日	平成〇〇年 〇月 〇日		
こども	ふりがな	ふじみ かつま	生 年 月 日	
	氏名	富士見 勝馬	平成 3年 7月 7日	
	個人番号	3333 3333 3333	(令和)	
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 支給対象者と同じ		
	加入保険の資格取得日	令和 〇年 〇月 〇日		
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		
加入こどもの医療保険	<input type="checkbox"/> こどもの加入医療保険証の写しを添付(記入不要)			
	記 号 番 号	Fさ 2675 43876	被保険者等の氏名	富士見 太郎 (子どもとの続柄)
	保 険 者 番 号	110353		(父)
	保 険 者 名	健康保険組合		
支給対象者名義の振込口座	<input type="checkbox"/> 児童手当と同じ			
	銀行	信金農協	支店	1 普通 2 当座
	ふじみ	きらり	出張所	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	2 2 3	(店番) 7 7	カナ名義	フジミタロウ

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