

子ども医療費受給資格登録申請書

提出される日を記入してください。（※郵送の場合は、市役所に到着した日が申請日となります。）

令和 3年 7月 1日

（宛先） 富士見市長

原則として、主たる生計維持者が保護者（受給資格者）となります。

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

次のとおり受給資格の登録を申請します。

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。

保 護 者	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		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		
	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 28年 7 月 7日		
	個人番号	3333 3333 3333		令和		
	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 みずほ		生 年 月 日		
	氏名	富士見 瑞穂		平成 1年 10 月 10日		
	個人番号	5555 5555 5555		令和		
	加入保険の資格取得日	令和 〇年 〇月 〇日				
こ ど も の 加 入 保 険	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 (父)	
	保険者番号	110353				
	保険者	お子さん全員分の保険証のコピーを提出（持参）してください。		埼玉健康保険組合		
保 護 者 名 義 の 振 込 口 座	銀行	ふじみ 信金	きらり 支店	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	農協	出張所		口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	カナ名義	2 2 3 (店番) 7 7	フジミタロウ			

必ず保護者と同じ方の名義の口座を記入してください。