

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）は受給資格登録を申請します。なお、子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） （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	年	月	日
	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	年	月	日
	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
	個人番号		令和	年	月	日
	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
	個人番号		令和	年	月	日
	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 こども 医療 保 険	□健康保険証 □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 振 込 口 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	
		(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