様式第１号（第３条関係）

こども医療費受給資格登録申請書

受付印

春日部市長　あて

下記のとおり受給資格の登録を申請します。

申請日：　　年　　月　　日

受給者番号							

有効期間	年　月　日から 年　月　日まで

個人番号確認	□個人番号カード 通知カード＋ □免許証　□パスポート □（　　） □職員確認

□加入保険証　原本確認

申請事由	１：出生 ２：転入（　年　月　日） ３：受給資格者変更 ４：（　　）

１５日規定	以内・超過

交付済・送付（　　年　月　日）

児童手当	申請日：　年　月　日 １：受付済み　２：公務員 ３：仮受付 （不足：所得・口座・保険証・他） ４：その他

受給資格者	フリガナ			こども	フリガナ	
	氏名				氏名	
	生年月日	年　月　日			生年月日	年　月　日
	住所	春日部市		こどもの加入健康保険	※原本が必要 ただしコピー添付の場合は記入不要	
					保険者番号	
					名称	
	こどもとの続柄				記号	番号
	電話番号				被保険者名	
	個人番号				認定日	出生日・　年　月　日
振込先	金融機関ｺｰﾄﾞ		支店ｺｰﾄﾞ			
	金融機関名		支店名	申請者	※受給資格者と同じ場合は記入不要	
					氏名	
	普通	口座番号			住所	
	名義 （カナ）				電話番号	

※太い枠の中を記入してください。