

こども医療費受給資格登録申請書

春日部市長 あて

次のとおり受給資格の登録を申請します。また、市長が春日部市こども医療費の助成に関する条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

		申請日：令和 年 月 日	
受給資格者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	S・H	年 月 日
	住所	春日部市	
	こどもとの続柄	父・母・その他（ ）	
	電話番号		
	個人番号		
振込先口座	金融機関コード		支店コード
	金融機関名	支店名	
	銀行 信用金庫	支店	
	普通	口座番号	
	名義 (カナ)		
	こども	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	H・R 年 月 日
		個人番号	
	こどもの加入健康保険	種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険
		保険者番号	
		名称	
		記号	
		番号	
		被保険者名	

※太い枠の中を記入してください。

受付印	
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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード 通知カード+ <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 職員確認
	申請事由 1：出生 2：転入(年 月 日) 3：受給資格変更 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・他) 4：その他
	確認： 受付：

記入例

こども医療費受給資格登録申請書

春日部市長 あて

次のとおり受給資格の登録を申請します。また、市長が春日部市こども医療費の助成に関する条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

		申請日：令和 6 年 5 月 7 日	
受給資格者	フリガナ	カスカベ タロウ	
	氏名	春日部 太郎	
	生年月日	S・H 60年 1月25日	
	住所	春日部市 中央七丁目2番地1 カスカベコーポ105号	
	こどもとの続柄	父・母・その他（ ）	
	電話番号	048-736-1111	
	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
振込先口座	金融機関コード	9 9 9 9	支店コード 1 1 1
	金融機関名	支店名	
	かすかべ <small>銀行</small> 信用金庫	春日部 支店	
	普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	名義 (カナ)	カスカベ タロウ	
こども	フリガナ	カスカベ ハナコ	
	氏名	春日部 花子	
	生年月日	H・R 6 年 5 月 1 日	
	個人番号	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	
	種類	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険	
	保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1	
	名称	春日部健康保険組合	
健康保険	記号	9 8 7	
	番号	6 5 4 3 2 1	
	被保険者名	春日部 太郎	

※太い枠の中を記入してください。

受付印

【受給資格者】

○対象となるこどもの保護者で主に生計の中心を担っている方について記入してください。
○電話番号は日中連絡のつきやすい番号を記入してください。

【振込先】

○受給資格者名義の口座を記入してください。こどもや受給資格者の配偶者の口座を記入しないようご注意ください。

【こどもの加入健康保険】

○こどもが加入する健康保険に既に加入している保護者の資格確認書などをご確認いただきながら記入してください。