子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

天草市長 様

住所
 申請者 氏名 ㊟
 （自署する場合は、押印は不要です。）
 電話

次のとおり子ども医療費受給資格者の認定を申請します。なお、決定に当たり、私の世帯の地方税関係情報について確認することに同意します。

				※受給者証番号							
保 護 者	氏 名			続柄	住 所 及 び 電 話 番 号						
	(ふりがな)				天草市 町 番 号 番地 TEL —						
	個人番号										
	※保護者 コード										
子 ど も	氏 名			生 年 月 日			※子どもコード				
	(ふりがな)			年 月 日							
加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名			続柄	記 号		番 号				
	個人番号										
	保 険 者 の 名 称			※ 保 険 者 コード	※ 種 類	※ 附 加 給 付		有・無			
						※ 内 容	制限区分				
					率						
					金 額						
					計算区分						
口 座 振 替 先	金 融 機 関 名	銀 行		支 店		口 座 番 号					
		(農協)		(支所)							
		※コード					口座名義人				

※			課 長	係 長	係		
上記の申請について、次のとおり決定してよろしいか伺います。							
資格認定日		資格喪失日		交付年月日			
年 月 日		年 月 日		年 月 日			
					処理欄		

(注) ※印のところは記入しないでください。

子ども医療費受給資格認定申請書

令和〇年〇月〇日

天草市長 様

住所 天草市東浜町8-1

申請者 氏名 協会 太郎 印

(自署する場合は、押印は不要です。)

電話

お子様を健康保険証の扶養に入れている方の氏名
※お子様と同じ住所に住民票を置いていない場合は、お子様と同じ住所地に住民票を置いている方が保護者となります。

認定を申請します。なお、決定に当たり、私の世帯の地方

		※受給者証番号		市で記入します			
保 護 者	氏		続柄		住所及び電話番号		
	(ふりがな) きょうかい たろう 協会 太郎		父		天草市 東浜 町 8 番 1 号 番地		
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		TEL 090-1234-5678			
	※保護者コード	市で記入します					
加 入 保 険	氏 名		生 年 月 日		※子どもコード		
	きょうかい はなこ 協会 花子		令和元年 5月 1日		市で記入 します		
	被 保 険 者 氏 名		続 柄		記 号 番 号		
協会 太郎		父		21700023 21			
個人番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		①被保険者証に記載されている記号番号			
③被保険者証に記載されている保険者名称 (国保の方は交付者名)		※保険者コード		※種 類		※附加給付 有・無	
全国健康保険協会 ○○支部		市で記入します		市で記入します			
口 座 振 替 先	金融機関名	銀行 天草 (農協)		支店 (支所)		口座番号 1234567	
	※コード	市で記入します		口座名義人		協会 太郎	
						保護者名義の口座	

※			課 長	係 長	係
上記の申請について、次のとおり決定してよろしいか伺います。					
資格認定日	資格喪失日	交付年月日			
年 月 日	年 月 日	年 月 日			
			処理欄		

(注) ※印のところは記入しないでください。