

第1号様式 (第2条関係)

※お子さんの保険証 (原本) を提示してください

(宛先) 上尾市長

次のとおり、受給資格認定申請をし、また個人番号に基づく情報の取得を行うこと

こども医療費受給資格認定申請書

受付者	証交付方法 (○)	確認者	(後日郵送の場合) 発送日
	当日 窓口	後日 郵送	

申請年月日 令和〇年 4 月 1 日

氏名
フリガナ 上尾 太郎

生年月日
昭和・平成 2 年 4 月 1 日

父・母・子と一緒に住んでいる場合
⇒児童手当受給者を記入

生計中心者が単身赴任等で市外在住
⇒子と同居する保護者を記入

※仕事以外の理由でご別居の場合や、ひとり親家庭等の場合は担当までご相談ください。

別施行規則に基づく認定や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や

住所 本町3-1-1 マンション上尾101

個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1

転入日 (転入の場合のみ) 令和 6 年 1 月 3 日

電話番号 自宅・携帯 (父・母・他 ()) (090) 1234 - 5678

氏名	生年月日	住所	転入日	保険資格取得日	資格決定事由	資格決定日	受給者番号
フリガナ アケオ ソラ 上尾 空	平・令 28 年 8 月 12 日	・同上 ・他	令和 6 年 1 月 3 日	・出生年月日 令和3年2月21日 ・他	出生・転入 保護者変更 他 ()	令和 年 月 日	
フリガナ アケオ リク 上尾 陸	平・令 3 年 6 月 9 日	・同上 ・他	令和 6 年 1 月 3 日	・出生年月日 ・他	出生・転入 保護者変更 他 ()	令和 年 月 日	
フリガナ	平・令 年 月 日	・同上 ・他	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他	出生・転入 保護者変更 他 ()	令和 年 月 日	

金融機関名 上尾 本店 支店 出張所

支店名 上尾

金融機関コード 1 2 3 4 1 1 1 店番号 1 1 1 種別 普 口座番号 1 2 3 4 5 6 7

記号 123456 番号 56

被保険者・世帯主等の氏名 上尾 太郎 こどもの続柄 父・母・他 ()

保険者番号 5 5 5 5 5 5 5

保険組合名称 全国健康保険協会 埼玉 健康保険組合 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合 支部

名義人氏名 (カタカナ) ※姓と名の間は、1マス空けてください。 アケ オ タ ロ ウ

上記の保護者名義の口座を記入。
※配偶者名義やこども名義は不可

受給者番号 氏名 生年月日

☐こども医療の (年 月 日) と同じ口座で登録する。

☑児童手当 () と同じ口座で登録する。

上尾市から児童手当を受給している方は、できるだけ児童手当と
同じ口座の登録をお願いします。