

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	

(宛先) 上尾市長

次のとおり、受給資格認定申請をします。また、上尾市こども医療費支給条例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。

申請年月日	令和 年 月 日															
申請者	氏名					住所					個人番号					
	フガナ															
	生年月日			こどもとの続柄			転入日 (転入の場合のみ)			電話番号						
昭和・平成 年 月 日			父・母・他 ()			令和 年 月 日			自宅・携帯 (父・母・他 ()) () -							
こども	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							
	フガナ		平・令 年 月 日	・同上 ・他	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他 年 月 日	出生・転入 保護者変更 他 ()	令和 年 月 日								
	個人番号															
	フガナ		平・令 年 月 日	・同上 ・他	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他 年 月 日	出生・転入 保護者変更 他 ()	令和 年 月 日								
	個人番号															
	フガナ		平・令 年 月 日	・同上 ・他	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他 年 月 日	出生・転入 保護者変更 他 ()	令和 年 月 日								
個人番号																
上記の申請者名義の振込口座	金融機関名			支店名							こどもの加入医療保険	記号	番号			
	銀行 信用金庫 農協			本店								支店 出張所				
	金融機関コード		店番号	種別	口座番号							被保険者・世帯主等の氏名	こどもとの続柄 父・母・他 ()			
				普								保険者番号				
	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。											名称	全国健康保険協会 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			
受給者番号 氏名 生年月日										備考						
<input type="checkbox"/> こども医療の (年 月 日) と同じ口座で登録する。 認定番号 又は 受付番号																
<input type="checkbox"/> 児童手当 () と同じ口座で登録する。																