

# 子ども医療費受給資格登録申請書 兼 内容変更届

**記入例**  
**加入保険変更**  
**(社保⇒社保)**

次の条件を付して所得・課税状況を調査することに同意します。

- 1 期間 こども医療費の受給資格取得日から資格を喪失するまで。
- 2 目的 こども医療費助成に係る県補助金対象の有無を確認するため。
- 3 その他 調査結果を目的外には使用しない。

申請日を記入 平成30年 7月 1日

住所 矢吹町一本木 101

氏名 矢吹 太郎 ㊟

(電話 0248-42-2230 )

該当箇所にし点を記入  
添書書類：受給資格者と子の保険証の写し

登録申請書 【出生 転入 社会保険（国保組合）加入 その他】

内容変更届（受給者番号 30080）【加入保険 受給資格者 振込口座 住所 氏名 その他】

受給資格者と  
同じ住所の時は  
同上と記入

受給資格者 (保護者)	フリガナ	ヤブキ タロウ	電話番号	090-△△△△-△△△△			
	氏名	矢吹 太郎					
	住所	矢吹町一本木 101					

こども	フリガナ	ヤブキ イチロウ	生年月日	H 30年 7月 1日			
	氏名	矢吹 一郎					
	住所	同上					

子の保険証の  
内容を記入

加入保険	保険者名	全国保健協会 福島支部	保険者番号	△△△△			
	被保険者氏名	矢吹 太郎	記号番号	111 22222			
			認定年月日 <small>(資格取得年月日)</small>	平成30年7月1日			
被保険者住所	同上						

振込金融機関名	銀行・農協 信金・信組	店					
名義人(カナ) (保護者)		口座番号					

処理欄	資格取得日	年	月	日	資格満了日	年	月	日
	受給者番号				加入保険			