

子ども医療費受給資格登録申請書 兼 内容変更届

記入例
登録申請
(裏面あり)

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

該当箇所にし点を記入

- ・登録申請書：下欄全部を記入
- ・内容変更届：変更欄のみ記入

矢吹町国保から社会保険（国保組合）加入の場合のみ。
これ以外は、内容変更届の加入保険変更に記載。

住所 矢吹町一本木 101

氏名 矢吹 太郎

印

(電話 0248-42-2230)

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）【加入保険 受給資格者 振込口座 住所 氏名 その他】

受給資格者と同一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	個人番号	12ケタの番号を記入			
	住所	矢吹町一本木 101					

子の保険証の内容を記入

子ども	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	続柄	子	性別	男・女
	住所	同上				

通帳の内容を記入(受給資格者の通帳)

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		
	被保険者住所	同上				

振込金融機関名	銀行・農協 矢吹 信金・信組	矢吹支店	普通					
名義人(カナ) (保護者)	ヤブキ タロウ	口座番号	1	1	1	1	1	1

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		

マイナンバー通知又はカードに記載されている番号を記入(子の年齢が7歳未満は必要。7歳以上は未記入)

