

(表)

子ども医療受給資格認定申請書					<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 受付印 </div>
あわら市長 様					
年 月 日					
申請者 氏名					
次のとおり、子ども医療受給資格の認定を受けたいので申請します。					
子ども	ふりがな		個 人 番 号		
	氏 名		性別		生年月日
保 護 者	ふりがな		子どもとの続柄		個 人 番 号
	氏 名				
	生年月日		性別		電話番号
	住 所				
加 入 医 療 保 険	記号番号		保険者コード		
	被保険者、世帯主又は組合員の氏名		保険者の名称		
	上記健康保険に特別な附加給付がある場合は、その内容を記入してください。 (高額療養費を除く。)				
支 払 希 望 金 融 機 関		銀行・信金・農協	支店・支所	口座番号	当・普
				口座名義人	

- 1 申請の際、持参するもの
 - ・子どもが加入している被保険者証又は組合員証
 - ・振込先金融機関に係る預金通帳
- 2 注意事項
 - ・上記事項は、すべて(※印のある欄を除く。)記入してください。
 - ・裏面の「兄弟姉妹等の状況」も記入してください。
 - ・次の欄には、何も記入しないでください。

子ども医療費助成決定調書			
受給者証番号		決定年月日	
交付台帳記載	支給月	交付年月日	
備 考			

(裏)

医療費助成対象児の兄弟姉妹等の状況

続柄	氏名	生年月日	年齢	現住所
父		年 月 日		
母		年 月 日		
第1子		年 月 日		
第2子		年 月 日		
第3子		年 月 日		
第4子		年 月 日		
第5子		年 月 日		

※ 子ども医療費助成対象者とならない子(中学校を卒業した子をいい、就労している場合を含む。)についても記入してください。また、住所が同一でない場合も記入してください。