

## こども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

蓮田市長 宛て

住所 蓮田市  
申請者 氏名  
電話番号

次のとおり、受給資格登録を申請します。  
また、こども医療費助成制度の助成審査にあたり、課税台帳等の公簿を確認することに同意します。

|              |                                       |  |                     |                                |
|--------------|---------------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|
| 受給資格者        | フリガナ                                  |  | 性別                  | 男・女                            |
|              | 氏名                                    |  | 生年月日                | 昭和 年 月 日                       |
|              | 個人番号                                  |  |                     | 平成 年 月 日                       |
|              | 住所                                    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記入不要）<br>蓮田市 |                     |                                |
| 電話番号         | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記入不要） |  | 対象となる<br>こどもの<br>続柄 | 父・母・その他（ ）                     |
| 対象となる<br>こども | フリガナ                                  |  | 性別                  | 男・女                            |
|              | 氏名                                    |  | 生年月日                | 平成 年 月 日                       |
|              | 個人番号                                  |  |                     | 令和 年 月 日                       |
| 加入医療<br>保険   | 世帯主・被保険者・<br>組合員・加入者の<br>氏名           |  | 保険者名                | 健保組合・全国健保協会<br>国保・国保組合・共済組合 支部 |
|              | 記号・番号                                 |  |                     |                                |
|              | 資格認定年月日                               | 平成 年 月 日                                     | 保険者番号               |                                |
| 金融機関         | 銀行・農協・信用金庫 本店<br>信用組合・労働金庫 支店         |  |                     |                                |
|              | 店番号                                   |  | 口座番号                | 預種金別 普通                        |
|              | 口座名義人<br>(カタカナ)                       |  |                     |                                |

|       |   |     |  |          |
|-------|---|-----|--|----------|
| *市使用欄 | <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他（ ） |     |  |          |
|       | 受給資格証番号   |     | 処理年月日  | 令和 年 月 日 |
|       | 医療費助成制度の説明  | 済・未 | 受給資格証 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し | 令和 年 月 日 |