こども医療費受給資格登録申請書

		年 月 日
朝霞市長 宛		
		住 所
	申請者	電話番号
		フリガナ
下記に同意の上、こども医療費受給資格登録の申請を行います。		氏 名
①こども医療費の資格登録に関して、受給資格の有無及び所得状況等について、		個人番号
公簿等で確認することに同意します。		(対象こどもとの続柄:)
②公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。		

	フリガナ							個人番号												
対象こども	氏	名			住所										上年 引日		年	月	日	
	加入保険	1 6	朝霞市国その他(民健康保険	2 国保組)	合	3	全国質	建康 倪	R険†			4	健保約	且合	5	共済	組合		
			記号		保険者名									世帯主						
			番号		保険者番号							者又は組合員の 氏名				貝の				
振込先					·			銀行 信金										支店		
			店者	店番号				1	口座	番号										
※申請者の口座		莝	口座名(カ							·										