

《記入例》

こども医療費受給資格登録申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

朝霞市長 宛

児童手当を受給中の方は、振込
名義人になっている方をご記入
ください。

申請者

住所 朝霞市本町 1 - 1 - 1

電話番号 ×××-△△△△-□□□□

フリガナ **アサカ タロウ**

氏 名 朝霞 太郎

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(対象こどもとの続柄： 父)

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。

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、
公簿等で確認することに同意します。

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。

登録できる
口座は、申
請者名義の
口座のみと
なります。

対象 こども	フリガナ		アサカ ハナコ		個人番号		012345678901										生年 月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名		朝霞 花子		住所		同上													
	加入保険	1 朝霞市国民健康保険 2 国保組合 3 全国健康保険協会 4 健保組合 5 共済組合 6 その他（ ）																		
		記号	12		保険者名		△△△健康保険組合						世帯主、被保険者又は組合員の氏名				朝霞 ○○			
		番号	34-56		保険者番号		○○○○○○○○													
		振込先		□ □ □ 銀行・農協 信金・信組										□ □ □ 支店						
※申請者の口座		店番号		1 2 0		口座番号		3 4 5 6 7 △ △												
		口座名義人 (カナ)		アサカ タロウ																

振込先にゆうちょ銀行を登録される場合、「振込専用口座」をご記入ください。