

《記入例》

様式第1号(第5条関係)

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

住 所 本町1丁目1番1号

保護者 電話番号 048(463)1111

児童手当を受給中の方は、振込名義人
となっている方を記入してください。

フリガナ アサカタロウ

氏 名 朝 霞 太 郎

(対象こどもとの続柄： 父)

次のとおり、こども医療費受給資格の登録を申請します。

対象こども	フリガナ	アサカ ハナコ		住 所	同 上				生 年 月 日	令和〇年〇月〇日	性 別	男・女		
	氏 名	朝 霞 花 子												
(お 子 さ ん の 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													
	記 号	1	保 険 者 名	保険証の保険者名称をご記入ください				世帯主、被保険者 又は組合員の氏名	朝 霞 〇 〇					
	番 号	23456	所 在 地	〇〇市〇〇町1-2-3				電 話 番 号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇					
	保険者番号	01234567	振 込 先	〇 〇		銀行・農協 信金・信組		△ △		支店				
	附加給付	有・無		店 番 号	1	2	3	口 座 番 号	4	5	6	7	8	9
			フリガナ	アサカタロウ										
		名 義 人	朝 霞 太 郎											
処理欄	附加給付の内容	自己負担額から 円を控除した額				住民登録年月日		年 月 日			備考			
		算出額が 円未満不支給(円未満切捨て)				資格喪失年月日		年 月 日						
		自己負担の 割から		円を控除した額		受給資格証番号								

同一の方を
記入してく
ださい

※振込先にゆうちょ銀行を登録される場合、「振込専用口座」を記入してください。