

こども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

朝霞市長 宛

申請者 住 所 _____
 電話番号 _____
 フリガナ _____
 氏 名 _____
 (対象こどもとの続柄： _____)

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 | | | | 住所 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | | | |
| | 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 | | 保険者名 | | | | 世帯主、被保険者又は組合員の氏名 |
| 番号 | | | 保険者番号 | | | | | |
| 振込先 ※申請者の口座 | | 銀行・農協 信金・信組 | | | 支店 | | | |
| | | 店番号 | | | 口座番号 | | | |
| | | 口座名義人 (カナ) | | | | | | |