《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　**×××ー△△△△ー□□□□**
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。

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**	住所	**同上**	生年月日	**令和〇〇年〇〇月〇〇日**	
	氏　　名	**朝霞　　花子**					
	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　〇〇**	
		番号 **34-56**	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇			

振込先 ※申請者の口座	□ □ □	**(銀行)**・農協・信金・信組	□ □ □ 支店									
	店番号	**1**	**2**	〇	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、振込用の「店名」「口座番号」をご記入ください。