

こども医療費受給者資格登録申請書

(宛先) 狭山市長

受付印

こども医療費支給資格の登録に伴う、住民基本台帳、国民健康保険登録内容等の調査を市担当課が行なうことに同意します。

世帯

令和 年 月 日

対象児童	氏名・個人番号	生年月日	受給者番号				宛名コード
	1	平令 . .					
	2	平令 . .					
	3	平令 . .					
受給者 (保護者)	フリガナ						男・女
	氏名						
	個人番号						
	生年月日	昭平 . .	対象児との続柄		父・母 ()		
	住所	狭山市					
TEL ()							
加入 医療 保険	・市が受給者に支給した「こども医療費」について、法令その他の規程により高額療養費等が給付される場合は、当該高額療養費等の給付の申請及び受領に関する事を狭山市長に委任します。なお、これにより受領した高額療養費等は、市が受給者に支給した「こども医療費」に充当願います。 <input type="checkbox"/> 裏面に対象児の加入医療保険証のコピー添付(記入不要)						
	世帯主 被保険者	氏名	保護者と同一の場合は省略可				
		住所	保護者と同一の場合は省略可				
	記号 / 番号	/			保険者番号		
	保険者名称	全国健康保険協会		支部	国民健康保険・国民健康保険組合 健康保険組合・共済組合		
振込金融機関 (受給者名義)	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり(記入不要) <input type="checkbox"/> _____と同じ口座(記入不要)						
	銀行・農協 信金・金庫			本店・支店 出張所			
	銀行コード			店番号			
	普通	口座番号		名義 カタカナで記入			
こども医療費受給者資格登録 同意欄 <u>はい・いいえ</u> いずれかに必ず「○」を記入して下さい							
1 ジェネリック医薬品の処方が可能であれば希望します。			はい ・ いいえ		※「はい」の場合、受給者証に印字されます		
2 送付先は現住所(住民票どおり)を希望します。			はい ・ いいえ		※「いいえ」の場合、「備考」に送付先記入		
3 新生児訪問や子どもの健診など母子保健事業のご案内のため狭山市保健センターに申請の情報を提供します。			はい ・ いいえ				
出生・転入・保険適用・受給者変更・その他()				平成 令和 年 月 日			
受給者変更時の内容	1 住所	2 受給者氏名	3 対象児氏名	4 加入保険	5 口座		
児童手当受付状況	1 申請済 2 公務員 3 別監 4 その他()						
受付	仮登録	/	本登録	/	受給者証 発行	/ 交付・送付	
不備	1~3 受給者証 4 保険証写し 5 口座	備考					